

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

BRUNA LUIZY DOS SANTOS GUEDES

**GERENCIAMENTO DA DOR NEONATAL PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
EM PROCEDIMENTOS DOLOROSOS: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

MACEIÓ

2020

BRUNA LUIZY DOS SANTOS GUEDES

GERENCIAMENTO DA DOR NEONATAL PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM
PROCEDIMENTOS DOLOROSOS: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e promoção da vida.

Linha de Pesquisa: Enfermagem, ciência, tecnologia e inovação para o cuidado.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ingrid Martins Leite Lúcio

MACEIÓ

2020

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

G924g Guedes, Bruna Luízy dos Santos.
Gerenciamento da dor neonatal pela equipe multiprofissional em procedimentos dolorosos : um estudo transversal / Bruna Luízy dos Santos Guedes. - 2020.
111 f. : il. color.

Orientadora: Ingrid Martins Leite Lúcio.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.
Escola de Enfermagem. Maceió, 2020.

Bibliografia: f. 83-92.
Apêndices: f. 93-103.
Anexos: f. 104-111.

1. Recém-nascido. 2. Dor. 3. Manejo da dor. 4. Equipe de assistência ao paciente.
I. Título.

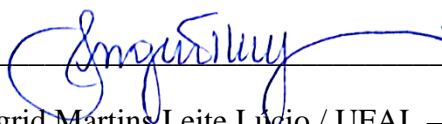
CDU: 616-083: 612.648

Folha de aprovação

BRUNA LUIZY DOS SANTOS GUEDES

Gerenciamento da Dor Neonatal pela Equipe Multiprofissional em Procedimentos Dolorosos: um estudo transversal

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade
Federal de Alagoas.



Prof.^a. Dr.^a. Ingrid Martins Leite Lucio / UFAL – Campus Maceió
(Orientadora)

Banca Examinadora:



Prof.^a. Dr.^a. Ana Carolina Santana Vieira (UFAL/EENF)
Membro Externo



Prof.^a Dr.^a Márcia Maria Coelho Oliveira Lopes (DENF/UFC)
Membro Externo

Dedico este trabalho a minha família, apoio
presente em todas as horas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois tudo o que foi possível conquistar na minha vida deve-se ao fato de servir a um Deus tão poderoso, amável, fiel e misericordioso. Toda honra e toda glória devem ser somente a Ele.

Agradeço imensamente a minha mãe, mulher forte, guerreira, atalaia da minha casa. Uma pessoa que sempre tinha o que falar, uma palavra amiga nas horas necessárias e, principalmente, que sempre foi usada pelo Espírito Santo para trazer uma palavra de consolo e de força nos momentos em que mais precisei ao longo dessa jornada.

Agradeço também ao meu irmão, amigo de todas as horas, que sempre caminhou junto comigo me ajudando e crescendo comigo. Obrigada, irmão!

Ao meu pai, figura que sempre estava disposta a ajudar e a me fortalecer nessa caminhada, trazendo sempre o conhecimento através da Palavra de Deus para minha vida. Deus te abençoe, pai.

A toda minha família que sempre me deu apoio e me ajudou, fica aqui o meu mais sincero agradecimento e que Deus possa abençoá-los sempre. Obrigada por tudo, amo todos vocês.

Agradeço a minha orientadora, Ingrid, sempre paciente, preocupada, atenciosa. Vivemos tantas coisas boas ao longo de toda essa jornada desde a graduação me ajudando e guiando meus passos no desvendar do mundo científico. Sou muito grata a Deus por ter me dado a oportunidade de te conhecer e te colocar em meu caminho. Obrigada pela amizade e pelo companheirismo. Deus te abençoe imensamente, Ingrid.

Agradeço a querida Carol, professora e amiga de tantas horas. Obrigada por ter aceitado caminhar junto comigo nessa jornada. Faltam palavras para te agradecer a generosidade, a paciência e o saber que você me passou. Deus te abençoe infinitamente.

Agradeço a querida enfermeira Márcia Coelho que trouxe contribuições tão ricas e importantes para a construção desse trabalho. Deus te abençoe, professora.

Agradeço ao grupo de pesquisa Atenção Integral a Saúde da Criança e do Adolescente (AISCA/CNPq/UFAL) o qual me impulsionou a melhorar sempre no que diz respeito à pesquisa e sobre companheirismo.

Agradeço a querida Luana que se mostrou uma verdadeira companheira para todas as horas, sempre tão meiga e me ajudou em tantos momentos, sempre a admirei e, com certeza, depois de tanta ajuda e tanta atenção que você demonstrou por mim, agora eu a admiro ainda mais. Obrigada Lú. Deus te abençoe ainda mais.

Agradeço, também, as enfermeiras queridas Rossana Teotônio, Anne Laura e Mércia Lisieux que me ajudaram e sempre se mostraram dispostas a caminhar junto. Obrigada, meninas! Deus as abençoe.

Agradeço as minhas companheiras de mestrado Karlayne e Bruna. Vocês são incríveis, meninas! Enfermeiras maravilhosas, exemplos para quem as conhece. Tenho muito orgulho de ser amiga de pessoas tão incríveis como vocês. Deus as abençoe sempre. Vocês são muito especiais.

Agradeço ao Anderson que andou comigo na jornada da análise dos dados, sempre atencioso e gentil me ajudando e explicando cada detalhe. Deus te abençoe.

Agradeço a CAPES pelo apoio financeiro dado através da bolsa para o mestrado sem a qual não seria possível concluir a pesquisa.

Agradeço a UFAL e a todos os professores que fizeram parte dessa minha caminhada acadêmica. Vocês, com toda certeza, vão estar comigo ao longo de toda a minha caminhada.

E, principalmente, agradeço a todos que voluntariamente participaram dessa pesquisa no HUPAA/UFAL e na MESM/UNCISAL. Vocês foram muito importantes durante todo esse processo. Deus abençoe a todos.

E tudo o que vocês fizerem ou disserem, façam em nome do Senhor Jesus e por meio Dele agradeçam a Deus, o Pai.

(Colossenses 3:17 – NTLH)

RESUMO

A dor é considerada um problema de saúde global e a adesão ao seu adequado gerenciamento é um direito humano, especialmente na fase neonatal, quando expressada tão peculiarmente. Apresenta-se como objeto de pesquisa o gerenciamento da dor neonatal pela equipe multiprofissional em procedimentos dolorosos e com a seguinte questão: como ocorre o gerenciamento da dor neonatal pela equipe multiprofissional em procedimentos dolorosos? O objetivo geral foi avaliar o gerenciamento da dor pela equipe multiprofissional em procedimentos dolorosos aos recém-nascidos internados na Unidade Neonatal. Estudo descritivo, transversal, quantitativo, realizado de fevereiro a setembro de 2019, após aprovação sob parecer 3.082.531. Optou-se por dois hospitais escola de referência no cuidado aos recém-nascidos de risco do estado de Alagoas, e a amostra constituiu-se de 42 profissionais da equipe multiprofissional (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem) atuantes no cuidado ao recém-nascido internado nas unidades de terapia intensiva e de cuidados intermediários neonatal convencional. A coleta de dados ocorreu em três etapas: 1. Aplicação de questionário; 2. Formulação da ficha de observação adequada a realidade encontrada nas unidades e com o auxílio de profissionais especializados na área; 3. Observação da prática clínica assistencial ao recém-nascido durante procedimentos dolorosos. Os dados foram tabulados e analisados estatisticamente com o software EpiInfo® versão 3.5.3. Quanto ao conhecimento suficiente para avaliar a dor houve diferença nas respostas (52,4% nível médio “concordaram parcialmente” / 33,3% nível superior “discordaram”). Já o conhecimento de escalas específicas de dor teve concordância em níveis variados de respostas (26,3% nível médio “concordou totalmente” / 38,15% nível superior “concordou parcialmente”). Na etapa da observação: 100% dos profissionais de ambos os grupos não aplicaram escalas de dor neonatal, sendo a avaliação da dor realizada de forma empírica. A maioria em ambos os grupos não utilizou medidas analgésicas (84,2% nível médio/61,5% nível superior), e quando fizeram uso, utilizaram medidas não farmacológicas como contenção facilitada, glicose oral, colo e sucção não nutritiva. Não houve registro nos prontuários das medidas de gerenciamento da dor em 100% das oportunidades de observação. Há a necessidade de treinamentos e capacitações nas unidades neonatais de forma contínua, a fim de que o profissional consiga relacionar a teoria à prática e oferecer então a melhor terapêutica ao recém-nascido, sobretudo, em relação ao gerenciamento da dor.

Descritores: Recém-Nascido; Dor; Manejo da dor; Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Pain is considered a global health problem and adherence to its proper management is a human right, especially in the neonatal period, when it's expressed so peculiarly. Neonatal pain management by the multidisciplinary team in painful procedures is presented as a research object with the following question: How does neonatal pain management occur by the multidisciplinary team in painful procedures? The general objective was to evaluate pain management by the multidisciplinary team in painful procedures for newborns admitted to the Neonatal Unit. Descriptive, cross-sectional, quantitative study, carried out from February to September 2019, after approval on the basis of opinion 3.082.531. Two reference teaching hospitals in the care of at-risk newborns in the state of Alagoas were chosen, and the sample consisted of 42 professionals from the multidisciplinary team (nurses, doctors, physiotherapists, speech therapists, technicians and nursing assistants) working in the care of the newborn hospitalized in intensive care units and conventional neonatal intermediate care. Data collection occurred in three stages: 1. Questionnaire application; 2. Formulation of the observation sheet appropriate to the reality found in the units and with the help of professionals specialized in the area; 3. Observation of clinical care practice for newborns during painful procedures. The data were tabulated and analyzed statistically with the EpiInfo® software version 3.5.3. Regarding sufficient knowledge to assess pain, there was a difference in responses (52,4% higher education "partially agreed" / 33,3% college education "disagreed"). The knowledge of specific pain scales was in agreement in varying levels of responses (26,3% higher education "totally agreed" / 38,15% college education "partially agreed"). In the observation stage: 100% of professionals in both groups did not apply neonatal pain scales, and the pain assessment was performed empirically. The majority in both groups did not use analgesic measures (84,2% higher education / 61,5% college education), and when they did, they used non-pharmacological measures such as facilitated containment, oral glucose, lap and non-nutritive sucking. There was no record in the medical records of pain management measures in 100% of the observation opportunities. There is a need for training and capacity building in neonatal units on a continuous basis, so that the professional is able to relate theory to practice and then offer the best therapy to the newborn, especially in relation to pain management.

Keywords: Infant, Newborn; Pain; Pain management; Patient Care Team.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Transmissão do impulso nervoso durante o processo nociceptivo.....	22
Figura 2: Software de reconhecimento da dor neonatal através da análise facial.....	27
Figura 3: Escalas de dor neonatal validadas de acordo com a idade gestacional e a duração da dor.....	29

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Escala de dor neonatal NIPS.....	31
Quadro 2: Escala de dor neonatal EDIN.....	31
Quadro 3: Escala de dor neonatal BIIP.....	32
Quadro 4: Escala de dor neonatal COMFORT.....	32

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Frequência das respostas dos profissionais quanto ao conhecimento na avaliação e no gerenciamento da dor. Maceió, AL, Brasil, 2020.....	47
Gráfico 2: Frequência das respostas dos profissionais quanto às práticas realizadas nas estratégias para o alívio da dor neonatal. Maceió, AL, Brasil, 2020.....	53
Gráfico 3: Frequência das respostas dos profissionais quanto aos procedimentos e/ou terapêuticas que podem causar dor. Maceió, AL, Brasil, 2020.....	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização dos profissionais participantes da pesquisa. Maceió, AL, Brasil, 2020.....	44
Tabela 2: Caracterização dos profissionais quanto a média de idade, de tempo de formado e do tempo de serviço na unidade neonatal. Maceió, AL, Brasil, 2020.....	44
Tabela 3: Distribuição dos profissionais quanto aos aspectos relacionados as atividades laborais nas unidades pesquisadas. Maceió, AL, Brasil, 2020.....	45
Tabela 4: Distribuição dos profissionais quanto a aquisição do conhecimento acerca da dor neonatal durante a formação acadêmica e profissional., Maceió, AL, 2020.....	46
Tabela 5: Conhecimento da equipe multiprofissional quanto aos aspectos da fisiologia da dor neonatal. Maceió, AL, Brasil, 2020.....	48
Tabela 6: Conhecimento da equipe multiprofissional sobre sinais e comportamentos que influenciam na avaliação da dor neonatal. Maceió, AL, Brasil, 2020.....	50
Tabela 7: Opiniões da equipe multiprofissional quanto à avaliação da dor neonatal. Maceió, AL, Brasil, 2020.....	52
Tabela 8: Meios utilizados pela equipe multiprofissional para a identificação da dor neonatal. Maceió, AL, Brasil, 2020.....	54
Tabela 9: Avaliação da equipe multiprofissional frente à dor neonatal. Maceió, AL, Brasil, 2020.....	56
Tabela 10: Medidas não farmacológicas realizadas pela equipe multiprofissional para o alívio da dor neonatal. Maceió, AL, Brasil, 2020.....	58
Tabela 11: Medidas farmacológicas realizadas pela equipe multiprofissional para o alívio da dor neonatal. Maceió, AL, Brasil, 2020.....	60
Tabela 12: Procedimentos e/ou terapêuticas que causam potencialmente dor ao RN. Maceió, AL, Brasil, 2020.....	62
Tabela 13: Caracterização dos RN que receberam procedimentos potencialmente dolorosos quanto ao sexo, classificação segundo IG e sedação. Maceió, AL, Brasil, 2020.....	63
Tabela 14: Média da IG de nascimento, da IG corrigida, do índice APGAR no primeiro e no quinto minuto de vida e dias de internação dos RN. Maceió, AL, Brasil, 2020.....	63
Tabela 15: Dados da observação da prática clínica dos profissionais durante a realização de procedimentos potencialmente dolorosos. Maceió, AL, Brasil, 2020.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP	Associação Americana de Pediatria
BDAI	Bolsas de Desenvolvimento Acadêmico e Institucional
BIIP	Indicadores Comportamentais da Dor no Lactente (do inglês <i>Behavioral Indicators of Infant Pain</i>)
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CPAP	Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (do inglês <i>Continuous Positive Airway Pressure</i>)
CRIES	Escala para a Avaliação da Dor Pós-Operatória do Recém-Nascido (do inglês <i>Neonatal Postoperative Pain Evaluation Score</i>)
EDIN	Escala de Dor e Desconforto do Recém-Nascido
EEG	Eletroencefalograma
FC	Frequência Cardíaca
IASP	Associação Internacional para o Estudo da Dor
IG	Idade Gestacional
JTC	Jovens Talentos para a Ciência
MC	Método Canguru
MS	Ministério da Saúde
MESM	Maternidade Escola Santa Mônica
NFACS	Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (do inglês <i>Neonatal Facial Affect Coding System</i>)
NIPS	Escala de Avaliação de Dor no RN e no Lactente (do inglês <i>Neonatal Infant Pain Score</i>)
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PICC	Cateter Central de Inserção Periférica
PIPP	Perfil de Dor do Prematuro (do inglês <i>Premature Infant Pain Profile</i>)
RN	Recém-Nascido
RNPT	Recém-Nascido Pré-Termo
RNT	Recém-Nascido Termo
SNC	Sistema Nervoso Central
SpO2	Saturação de Oxigênio no Sangue
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCINCo	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional
UTIN	Unidade de Terapia Intensivo Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo Geral	20
2.2 Objetivos Específicos	20
3 REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1 A Fisiologia da Dor	21
3.2 O Recém-Nascido na Unidade de Internação Neonatal	24
3.3 Gerenciamento da Dor Neonatal	26
3.3.1 Reconhecimento e Avaliação da Dor Neonatal	26
3.3.2 Tratamento, Alívio e Reavaliação da Dor Neonatal	33
4 METODOLOGIA	39
4.1 Tipo de Estudo	39
4.2 Local do Estudo	39
4.3 População e Amostra	39
4.4 Instrumentos de Coleta de Dados	40
4.5 Procedimentos da Coleta de Dados	41
4.6 Análise dos Dados	43
4.7 Aspectos Éticos	43
5 RESULTADOS	44
5.1 Caracterização dos Participantes	44
5.2 Conhecimento dos Profissionais de Saúde na Avaliação e no Gerenciamento da Dor	46
5.3 Práticas Realizadas nas Estratégias para o Alívio da Dor Neonatal	53
5.4 Procedimentos que Potencialmente Causam Dor no RN Durante a sua Realização	61
5.5 Observação da Prática Clínica dos Profissionais na Realização de Procedimentos Dolorosos	63
6 DISCUSSÃO	66
6.1 A Equipe Multiprofissional e a Problemática da Dor Neonatal	66
6.2 Conhecimento sobre Dor Neonatal e Estratégias para o Cuidado do RN	69
6.3 Fatores Neonatais Relevantes no Contexto da Dor	72
6.4 Observação da Prática Clínica Assistencial ao Recém-Nascido Durante Procedimentos Dolorosos	77
7 CONCLUSÃO	81
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICES	93
APÊNDICE A (Questionário de Coleta de Dados – Profissionais)	93
APÊNDICE B (Ficha de Observação)	99
ANEXOS	101
ANEXO A (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissionais)	101
ANEXO B (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Mãe/Pai)	103
ANEXO C (Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – Mãe/Pai menor de idade)	105
ANEXO D (Parecer Consubstanciado - Comitê de Ética em Pesquisa)	107

1 INTRODUÇÃO

A dor é conceituada como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ao dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano (IASP, 1994; TAETS; FIGUEIREDO, 2016). A expressão verbal é considerada o padrão ouro para a sua interpretação, porém o Recém-Nascido (RN) é incapaz de realizar esse auto relato. E, uma vez que, o RN não pode verbalizar sua dor, ele encontra outros meios de demonstrá-la sendo necessário que os seus cuidadores estejam atentos aos sinais para identificação (SHIBATA et al., 2013).

Destaca-se a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) quando afirma que a incapacidade de se comunicar verbalmente não exclui a possibilidade de que um indivíduo esteja sentindo dor e que necessite de tratamento apropriado para aliviá-la. Sendo a dor sempre subjetiva, cada indivíduo aprende a aplicação da palavra através de experiências relacionadas a lesões desde o início da vida (IASP, 1994).

Assim, a dor constitui um problema de saúde global, e o seu gerenciamento é reconhecido como direito humano pelas organizações de saúde, especialmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela IASP (OLIVEIRA; GASPARDO; LINHARES, 2017).

Esta pesquisa traz como objeto de estudo o gerenciamento da dor neonatal pela equipe multiprofissional em procedimentos dolorosos. O interesse pela temática surgiu com a vivência em programas de incentivo à iniciação científica durante a graduação em enfermagem, como o Jovens Talentos da Pesquisa (JTC), o Programa de Bolsas de Desenvolvimento Acadêmico e Institucional (BDAI) e o Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC).

Além disso, a experiência como estagiária na Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), durante o último ano do curso de enfermagem, oportunizou observar “lacunas” relativas a importância do gerenciamento da dor neonatal em meio a prestação dos cuidados ao RN pela equipe multiprofissional e as dificuldades para sua operacionalização na prática clínica.

Nos cuidados prestados ao RN desde a sala de parto perpassando pela Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) até a sua alta hospitalar deve-se atentar para o gerenciamento da dor que possa vir a ser causada pela assistência prestada, visto que com o avanço científico, os cuidados necessários à sobrevivência mostram-se cada vez mais invasivos e potencialmente dolorosos (COSTA et al., 2016).

Na UTIN, a maior parte do público atendido é de Recém-Nascidos Prematuros (RNPT) nascidos com menos de 37 semanas de idade gestacional, geralmente apresentando histórico de internações que podem levar semanas ou meses por conta de sua prematuridade e maior necessidade de cuidados médicos intensivos (BONUTTI et al., 2017; NIEMI, 2017).

Neste tipo de unidade, em especial, o RNPT é exposto a diversos tipos de estímulos desde a sua chegada ao mundo, como luminosidade, ruídos causados pelos aparelhos e a manipulação excessiva. Diante da sensação dolorosa o RN sofre alterações fisiológicas, reflexões faciais e vocalizações, que alertam o cuidador. A estabilidade fisiológica pode ser interrompida por várias horas após o evento nociceptivo, com aumento da prevalência de episódios de taquicardia ou bradicardia, dessaturações de oxigênio e apneias (MOULTRIE; SLATER; HARTLEY, 2017). Em longo prazo, essa exposição pode levar a ocorrência de fenômenos que alteram a sensibilidade da dor nesse RN como a alodinia e hiperalgesia (BONUTTI et al., 2017).

Essa exposição revela a existência de uma tríade de fatores relacionados à dor sentida pelo RN durante sua internação: a necessidade de internações prolongadas, a realização rotineira de procedimentos potencialmente dolorosos e a utilização de dispositivos médicos como terapêutica, entre eles os aparelhos de suporte ventilatório como a ventilação mecânica e a pressão positiva contínua nas vias aéreas (SPOSITO et al., 2017).

Resgata-se na literatura que durante o século XX, a maioria dos procedimentos e a assistência na UTIN uniformemente negavam ou desconsideravam a ocorrência de dor neonatal. Assim, com a comprovação da dor sentida pelo RN durante procedimentos de rotina, a avaliação e o seu gerenciamento de rotina evoluíram e se tornaram objetivo terapêutico no século XXI (HALL; ANAND, 2014).

Além disso, a nível nacional, desde 1995 a Sociedade Brasileira de Pediatria elaborou e apresentou o texto aprovado na 27ª Assembleia Extraordinária do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), sendo promulgado na Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995, que é direito da criança não sentir dor, quando existem meios para evitá-la (BRASIL, 1995; MARTINEZ et al., 2017).

Hoje, considera-se a dor como quinto sinal vital pela Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e pela Sociedade Americana de Dor, e, assim sendo, deve ser o registro da sua avaliação realizado juntamente aos outros sinais vitais, temperatura, pulso, respiração e pressão arterial (BARROS; LUIZ; MATHIAS, 2019).

Nesse contexto de cuidados cada vez mais complexos, a Academia Americana de Pediatria (AAP) e a IASP, bem como instituições e estudos sobre a dor atribuem aos déficits

no gerenciamento da dor neonatal à persistência de mitos e crenças entre os profissionais de saúde, juntamente com a falta de conhecimento sobre o assunto, falta de treinamento, como também as variações na prática clínica (COLLADOS-GÓMEZ et al., 2018).

Destaca-se uma das formas mais utilizadas para avaliação da dor neonatal como sendo a aplicação de escalas de dor. A sua popularização iniciou-se desde que as respostas comportamentais à dor pelo RNPT foram observadas pela primeira vez e, até então, cerca de 40 avaliações de dor foram desenvolvidas. Salienta-se, porém, que o RNPT não apresenta sinais comportamentais e fisiológicos de dor tão confiáveis quanto o recém-nascido termo (RNT) fazendo-se necessário maior atenção por parte dos profissionais que as aplicam (FIELD, 2017).

Um estudo recente de Sposito e colaboradores (2017), levantou um problema frente a aplicação das escalas de avaliação da dor neonatal, o qual aponta a aplicação limitada aos horários preestabelecidos no impresso utilizado, sendo pouco empregada diante dos diversos eventos dolorosos vivenciados, bem como na reavaliação da dor. Evidenciando que os profissionais precisam ser sensibilizados quanto ao papel da aplicação desse instrumento como parte do cuidado prestado.

Além disso, o emprego de medidas para o alívio da dor frente aos procedimentos potencialmente dolorosos no RN ainda é raro, estimando-se que em apenas 3% dos casos seja prescrito algum tratamento analgésico ou anestésico específico e em 30% sejam aplicadas técnicas coadjuvantes para minimizar a dor (BRASIL, 2011).

Destaca-se ainda que uma parcela considerável dos profissionais de saúde não realiza avaliação da dor pautada em escalas desenvolvidas para essa finalidade, o que demonstra a necessidade de melhoria no uso das evidências disponíveis acerca das medidas eficazes de gerenciamento da dor, a fim de avançar o cuidado prestado ao RN (SPOSITO et al., 2017).

À vista disso, apontam-se como finalidade do gerenciamento da dor neonatal auxiliar os bebês a lidarem com a dor e o estresse causado por procedimentos clínicos, reduzir ou eliminar a dor causada pela assistência e prevenir efeitos que possam ocorrer como resultado da dor a qual são expostos desde o nascimento (ERKUT; YILDIZ, 2017).

Nesta pesquisa, considera-se como gerenciamento da dor as etapas que envolvem desde o reconhecimento, avaliação, tratamento e alívio, até a reavaliação da dor após o procedimento doloroso ou potencialmente doloroso.

Destaca-se que gerenciamento inadequado da dor neonatal compromete o neurodesenvolvimento do RN, altera os limiares de dor, respostas fisiológicas e comportamento relacionado ao estresse ou dor para além da primeira infância. Portanto, o gerenciamento da dor

neonatal não deve ser motivado apenas por ética ou empatia, mas deve ser visto como parte dos cuidados da equipe multiprofissional (ALLEGAERT; ANKER, 2016).

Diante do exposto, surge o seguinte problema de pesquisa: **Como se realiza o gerenciamento da dor neonatal pela equipe multiprofissional em procedimentos dolorosos?** Considera-se como hipótese do estudo que ainda existem dificuldades para a adesão da equipe multiprofissional às medidas para o correto gerenciamento da dor neonatal em procedimentos dolorosos.

A importância deste estudo corrobora com o fato de o gerenciamento da dor neonatal ser recomendado por instituições de saúde e pesquisadores sobre a nocicepção (HALL; ANAND, 2014; AAP, 2016; ALLEGAERT; ANKER, 2016; CARTER; BRUNKHORST, 2017). Além disso é uma conduta que deve ser realizada rotineiramente pela equipe multiprofissional com o intuito de minimizar o impacto causado pela assistência prestada.

Embora, o controle da dor envolva o trabalho em equipe e abordagem multiprofissional destaca-se, o papel essencial do profissional enfermeiro, uma vez que aplica tanto os métodos farmacológicos como os métodos não farmacológicos como os métodos não farmacológicos para ajudar o RN a lidar com a dor (KARAKOÇ; TURKER, 2014).

Portanto, a relevância corrobora com pesquisas atuais (CAPOLINGUA; GILL, 2017; BALDA; GUINSBURG, 2018; CHRISTOFFEL et al., 2019) que apontam para a importância desse conhecimento na prática de saúde, de forma que a equipe multiprofissional se dedique com a sistematização desse cuidado, visando à melhoria da qualidade da assistência e assegurando o cumprimento dos direitos do RN a um correto gerenciamento da dor causada pela assistência prestada.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar o gerenciamento da dor pela equipe multiprofissional em procedimentos dolorosos aos recém-nascidos internados na Unidade Neonatal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos profissionais da equipe de cuidados e dos respectivos recém-nascidos internados na unidade neonatal submetidos aos procedimentos potencialmente dolorosos;
- Descrever aquisição do conhecimento da equipe multiprofissional quanto à avaliação e gerenciamento da dor neonatal;
- Compreender o gerenciamento e avaliação da dor neonatal pela equipe multiprofissional;
- Identificar quais procedimentos a equipe multiprofissional julga serem mais dolorosos para os RN;
- Listar as medidas não farmacológicas e farmacológicas aplicadas no alívio da dor na prática clínica pela equipe de profissionais no cuidado neonatal;
- Verificar o registro de informações no prontuário relacionadas às medidas utilizadas para o gerenciamento da dor.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para a elucidação sobre a avaliação do gerenciamento da dor pela equipe multiprofissional em procedimentos dolorosos aos recém-nascidos internados na Unidade Neonatal, faz-se necessário antes expor os tópicos a seguir: a fisiologia da dor; o recém-nascido na unidade de internação neonatal; e o gerenciamento da dor neonatal.

3.1 FISIOLOGIA DA DOR

A dor primariamente desempenha função protetora. Enquadrando-se como um dos mecanismos fisiológicos que permitiram a sobrevivência do homem ao longo dos anos. Afinal, é através da sua instalação que o ser humano desenvolve a consciência de que a sua integridade física está sofrendo alguma ameaça ou que há alguma disfunção no organismo (FERREIRA et al., 2008).

Até o século XX havia uma discussão na comunidade científica sobre qual a natureza da dor. Enquanto um grupo acreditava que os órgãos do sentido eram os responsáveis por desencadear a dor, caso o estímulo inicial fosse suficientemente forte. Por outro lado, havia quem acreditasse que existiria uma classe de órgãos do sentido específicos para a dor (PETROV; FRANCISCHI; FERREIRA, 2011).

Hoje, são conhecidos órgãos sensoriais especializados na sinalização da dor (PETROV; FRANCISCHI; FERREIRA, 2011). E a cascata de mecanismos que envolvem a dor pode ser explicada em cinco etapas fisiologicamente distintas, sendo elas: o estímulo doloroso, a transdução, a transmissão, a modulação e a percepção. Essas cinco etapas que correspondem a sinalização do estímulo inicial até sua chegada ao sistema nervoso central (SNC) é chamada de nocicepção (IASP, 2017).

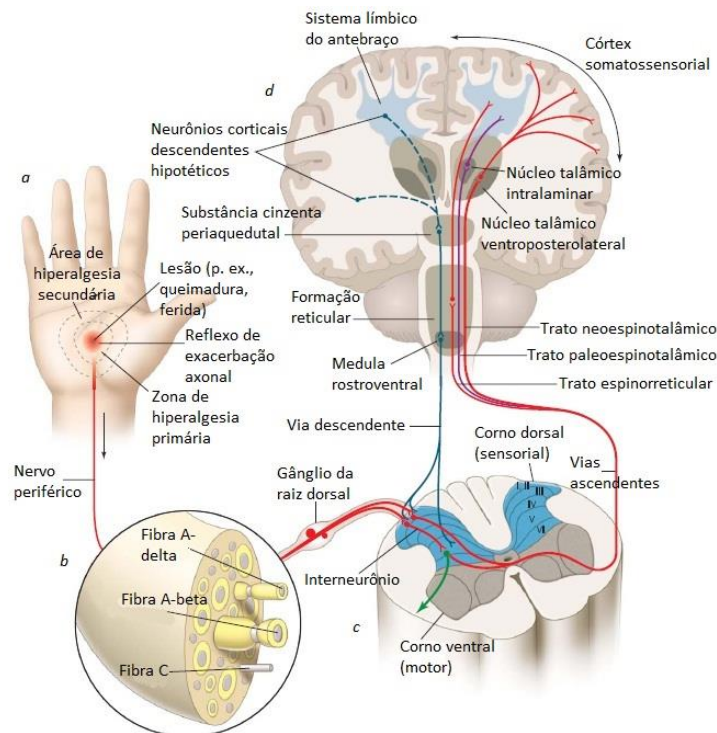
O estímulo doloroso é percebido através de receptores para dor os quais estão presentes na pele e em outros tecidos e são terminações livres. Assim, a dor pode ser desencadeada por diversos estímulos, classificados como estímulos dolorosos mecânicos, térmicos e químicos (GUYTON; HALL, 2017).

A partir do estímulo inicial tem-se início o processo de transdução, na qual a agressão sofrida é transformada em potenciais de ação que são transmitidos das fibras periféricas para o SNC. Os receptores específicos para a dor estão localizados nas terminações das fibras nervosas A δ e C. Quando estes receptores são ativados, suas membranas sofrem alterações o que permite a deflagração dos potenciais de ação (ROCHA et al., 2007).

Esses potenciais de ação geram estímulos elétricos, dando início ao processo de transmissão responsável por levar os impulsos até o SNC. Devido ao fato de as fibras nervosas A δ serem mielinizadas, elas repassam o impulso nervoso de forma mais rápida. Ao passo que as fibras nervosas do tipo C não apresentam bainha de mielina e transmitem de forma mais lenta o impulso doloroso (ROCHA et al., 2007).

Ao chegar na medula espinal esse impulso é modulado antes de chegar a níveis superiores do SNC. Só então, o impulso é integrado e percebido como dor após a sua interpretação pelo córtex cerebral, sendo esta, a última etapa da cascata da nocicepção conhecida como percepção, conforme demonstrado na figura 1 (ROCHA et al., 2007; CHACUR, 2014).

Figura 1: Transmissão do impulso nervoso durante o processo nociceptivo.



Fonte: Google Imagens, 2020.

Legenda: a – Estímulo; b – Transmissão; c – Percepção; d - Modulação.

Em vistas deste processo, a dor pode ser classificada em dois tipos principais, a dor rápida, também chamada aguda, e a dor lenta, conhecida como crônica. Além desses dois tipos de dor, existe a classificação que divide a dor em aguda, recorrente, crônica ou uma combinação de aguda e crônica. A dor rápida é sentida dentro de 0,1 segundo após a aplicação do estímulo doloroso. Enquanto a dor lenta começa somente após 1 segundo ou mais, aumentando levemente durante vários segundos e, algumas vezes, por minutos (GUYTON; HALL, 2017; MANWORREN; STINSON, 2017).

Assim, a dor de informação rápida indica sobre os estímulos ambientais que estão agredindo ou colocando em risco a integridade física e a segunda informa a presença de disfunções a nível orgânico, seja por uma inflamação ou por uma neuropatia. A dor aguda não aliviada tem um número de consequências físicas e psicológicas indesejáveis que podem afetar negativamente todos os aspectos da qualidade de vida e levar à dor crônica (PETROV; FRANCISCHI; FERREIRA, 2011; MANWORREN; STINSON, 2017).

Outra possibilidade de classificação da dor é quanto à sua origem, podendo ser nociceptiva (decorrente da ativação de nociceptores devido a danos reais ou ameaçadores ao tecido não neural), ou não nociceptiva, esta última dividindo-se em neuropática (dor causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial). Ou ainda pode ser classificada como mista (tanto nociceptiva quanto neuropática), esta classificação é apresentada na figura 3 (MANWORREN; STINSON, 2017).

A dor nociceptiva pode ser subdividida em dor somática e visceral. A somática é proveniente da pele, músculos, articulações, ossos ou ligamentos, podendo ainda ser superficial ou profunda. A superficial, por sua vez tem início agudo e instalação imediata, já a profunda tende a ser uma dor de início silencioso. A visceral tem origem em órgãos internos e revelam o mau funcionamento do organismo, sugerindo que o mesmo se encontra sob ataque de alguma infecção, ou acometido por alguma inflamação ou neoplasia, como também por alterações na motilidade dos órgãos, ou na transmissão de impulsos nervosos na área, ou mesmo, pode indicar o acometimento de alguma isquemia nos órgãos (JANEIRO, 2017).

A qualidade da dor nociceptiva é geralmente descrita como sensação aguda ou dolorosa, bem localizada ou difusa. A qualidade da dor neuropática é geralmente descrita como uma sensação de ardor ou de tiro, e pode estar associada com sensibilidade aumentada a estímulos que anteriormente não eram dolorosos (alodinia) ou sensações anormais (parestesia e disestesia) (MANWORREN; STINSON, 2017).

Já a dor neuropática de manutenção simpática é uma dor que não tem receptores específicos e que geralmente ocorre após lesões no tecido mole ou após fraturas, resultando na Síndrome Dolorosa Complexa Regional. Essa dor é causada pela hiperatividade da parte simpática do sistema nervoso, sendo descrita como hipersensibilidade cutânea em torno da lesão (JANEIRO, 2017).

Nesses casos, após a lesão há uma modificação na ação dos nociceptores do nervo ferido fazendo com que eles se tornem excitados com a ação da epinefrina ou com a estimulação do tronco simpático (PETROV; FRANCISCHI; FERREIRA, 2011).

As regiões cerebrais corticais e subcorticais também têm um efeito modulador de cima para baixo no sinal nociceptivo, que muda de acordo com o desenvolvimento do indivíduo. Sendo assim, ao se tratar do público pediátrico, a dor provoca uma série de respostas neurofisiológicas, comportamentais e fisiológicas destinadas a proteger o corpo de danos. Portanto, quando uma criança é submetida a um procedimento doloroso, a informação nociva é transmitida da periferia para a medula espinhal via nociceptores, desencadeando um reflexo espinhal, que pode ser observado como a retirada bilateral do membro do estímulo agressor (MOULTRIE; SLATER; HARTLEY, 2017).

As propriedades das flexinas nociceptivas infantis diferem das dos adultos em várias vias importantes. Em primeiro lugar, o padrão temporal é muito diferente. Em adultos saudáveis, a duração do reflexo é relativamente curta, desde a estimulação de nervos cutâneos até a sensação de dor, seguida do movimento de retirada do membro têm-se 100-120 milissegundos. Em contraste, o reflexo da flexão infantil possui uma duração notavelmente longa. Uma única lança de calcanhar evoca a atividade por pelo menos 2-4 segundos, diminuindo significativamente entre o RNPT e o RNT, mas permanecendo mais tempo que os reflexos em adultos (FITZGERALD, 2015).

3.2 O RECÉM-NASCIDO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO NEONATAL

No ambiente de cuidados de uma UTIN, muitas vezes o aparato tecnológico para a manutenção da vida do RN criticamente enfermo e/ou o RNPT e de baixo peso se sobrepõe a aspectos subjetivos como a dor. Neste ambiente ocorre a dificuldade na formação do vínculo entre o RN e sua família, a luminosidade constante, as manipulações excessivas, procedimentos necessários de rotina que podem causar dor, desconforto físico e, mental (MORAES, 2017).

O longo processo de internação ao qual RN enfermos e/ou RNPT estão sujeitos pode trazer consigo a experiência e a exposição a fatores que podem desencadear processos dolorosos. Cerca de 79% dos procedimentos dolorosos experimentados por RNPT são sem o uso de analgesia, com mediana de 75 procedimentos dolorosos durante a internação na UTIN e média de 10 procedimentos dolorosos por dia de internação (FIELD, 2017).

A falta de uso de analgesia durante procedimentos dolorosos na UTIN, justificou-se por muito tempo devido à falta de mielinização dos neurônios dos RN, o que levou à noção de que RNPT eram incapazes de sentir dor. Embora as vias ascendentes sejam supostamente mielinizadas por volta das 30 semanas de gestação, as vias descendentes são imaturas até

aproximadamente 48 semanas de gestação, sugerindo que o RNPT tem capacidade limitada de modular a dor em comparação com crianças mais velhas e adultos (FIELD, 2017).

Porém, destaca-se que as vias nociceptivas são ativas e funcionais a partir da 25ª semana de gestação e podem desencadear uma resposta generalizada ou exagerada a estímulos nocivos no RNPT (AAP, 2016).

Uma recente análise histórica sugere que quatro causas relacionadas contribuíram para uma negação amplamente prevalente da dor infantil: uma visão darwiniana que mantinha o RN como ser humano menos evoluído; extrema cautela e ceticismo na interpretação de dados científicos que sugerem dor infantil; uma abordagem reducionista em que o behaviorismo mecanicista se tornou o modelo dominante da psicologia humana na metade anterior do século XX; e com a diminuição do movimento behaviorista, ele foi sucedido por uma era de colocar ênfase indevida sobre o desenvolvimento estrutural do cérebro e suas respostas (HALL; ANAND, 2014).

A maioria dos estudos sobre os efeitos dos procedimentos dolorosos foi realizada com RNPT. Isso não se relaciona apenas com o fato de que eles sofrem mais procedimentos dolorosos e ter maior tempo de internação, mas também porque ter um limiar de dor mais baixo e modulação da dor menos desenvolvida do que o RNT, bem como respostas mais pronunciadas à estimulação dolorosa (FIELD, 2017).

Sposito e colaboradores (2017) obtiveram como resultado de seu estudo que em 50,3% das internações analisadas na pesquisa o RN apresentou dor ao menos uma vez. Assim, é possível perceber que embora tenha havido um aumento exponencial nos estudos científicos sobre o gerenciamento da dor nas últimas décadas, a dor continua sendo subestimada e subtratada (OLIVEIRA; GASPARD; LINHARES, 2017).

As consequências da exposição contínua e repetitiva à dor no RN vão além das alterações dos sistemas sensoriais de dor, pois também afetam o crescimento, funcionamento cognitivo e motor, comportamento e personalidade, e também, às mudanças na estrutura e funcionamento do cérebro (COLLADOS-GÓMEZ et al., 2018).

Portanto, a dor prolongada, persistente ou repetitiva induz a mudanças fisiológicas e hormonais que, por sua vez, modificam os mecanismos moleculares neurobiológicos operantes e desencadeiam uma reprogramação do desenvolvimento do SNC. Devido à repetição do estímulo nocivo, pode ocorrer resposta exagerada à dor, a qual permanece mesmo quando cessa o estímulo nocivo original (BRASIL, 2011).

Efeitos mais graves de procedimentos invasivos repetidos são a redução da matéria branca e substância cinzenta subcortical que foram relatados comparando-se a idade

equivalente a RNT em RNPT nascidos em 24-32 semanas de gestação. Isso pode estar relacionado ao fluxo sanguíneo cerebral reduzido observado em estudos de espectroscopia no infravermelho em procedimentos invasivos, as explosões neuronais não específicas da atividade do Eletroencefalograma (EEG) que são difundidas no cérebro e as alterações da microestrutura resultante de citocinas pró-inflamatórias após procedimentos invasivos (FIELD, 2017).

Assim, podem ocorrer fenômenos de hipersensibilidade e hiperalgesia e queixas de somatização e estresse em etapas futuras do desenvolvimento. Em longo prazo, as sequelas no desenvolvimento do RN gravemente enfermo no período neonatal podem ser tão relevantes quanto às modificações da resposta à dor durante a infância e a vida adulta (BRASIL, 2011).

Sendo assim, é preciso ter em mente que a dor é um fenômeno multidimensional e complexo que requer avaliação abrangente e contínua para um gerenciamento eficaz. A dor é um fenômeno biopsicossocial que inclui componentes sensoriais, emocionais, cognitivos, de desenvolvimento, comportamentais, espirituais e culturais (MANWORREN; STINSON, 2017).

3.3 O GERENCIAMENTO DA DOR NEONATAL

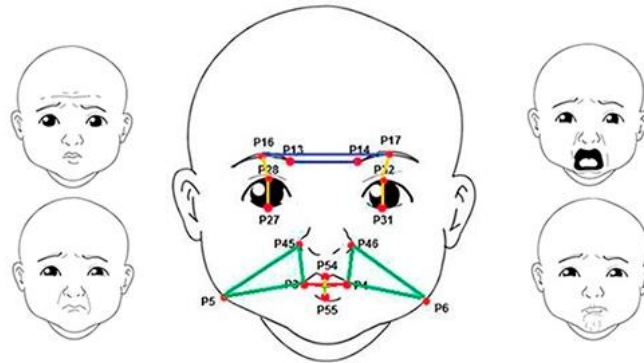
3.3.1 Reconhecimento e avaliação da dor neonatal

As alterações comportamentais têm sido utilizadas por muitos profissionais como parâmetros para o reconhecimento da dor neonatal. Um estudo realizado com enfermeiras da Austrália que teve por objetivo identificar práticas, conhecimentos e atitudes auto referidas em relação a avaliação e tratamento da dor em prematuros destacou a importância das mudanças comportamentais no reconhecimento da dor. Evidenciou também a dificuldade ao se utilizar esse parâmetro, pois o RNPT apresenta menos mudanças comportamentais dando a impressão de estar com menos dor quando comparado a um RNT (CAPOLINGUA; GILL, 2018).

Os indicadores comportamentais mais comuns incluem alterações nas expressões faciais, choro, movimentos corporais gerais ou específicos, estado do tônus muscular, cor e sono/vigília (FIELD, 2017). Devido à dificuldade no gerenciamento da dor neonatal e baseando-se nas alterações comportamentais com as mudanças de movimentos faciais, pesquisadores brasileiros desenvolveram e validaram um software para monitorar os movimentos faciais neonatais da dor em tempo real (HEIDERICH; LESLIE; GUINSBURG, 2014).

A análise foi realizada a partir de expressões faciais indicativas de dor, conforme mostra a figura 3.

Figura 2: Software de reconhecimento da dor neonatal através da análise facial.



Fonte: HEIDERICH; LESLIE; GUINSBURG, 2014.

Destaca-se que existem respostas comportamentais distintas entre diferentes RN, assim os mesmos podem ser realocados em três grupos distintos: externalizadores que são os que conseguem demonstrar fisiologicamente sua resposta a dor (cerca de 20%); internalizadores os que não conseguem expressar suas respostas (cerca de 20%); e generalizadores que manifestam sua resposta à dor tanto comportamental quanto fisiologicamente (cerca de 60%). Ao se tratar deste último, é possível encontrar alterações quanto a frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio e pressão arterial (FIELD, 2017).

Como o RN é incapaz de verbalizar a dor, faz-se necessário que o profissional que o assiste esteja atento as possíveis alterações que podem ocorrer. O reconhecimento e a consequente avaliação precisos da dor são a pedra angular para o gerenciamento ideal. Complexidades de avaliação da dor em ambientes de UTIN são mais agravadas pela incapacidade do RN de realizar o auto relato da dor (CAPOLINGUA; GILL, 2018).

A avaliação da dor na população neonatal não é tarefa fácil. A natureza subjetiva da experiência dolorosa e a existência de poucos instrumentos confiáveis, válidos e com aplicabilidade clínica para mensurar a presença e a intensidade da dor são barreiras difíceis de transpor. Além disso, especialmente em RNPT, em diversas etapas do crescimento e desenvolvimento do SNC, a resposta à dor repetitiva pode modificar-se, dificultando a avaliação e, portanto, o seu tratamento (BRASIL, 2011).

No mais, o uso do choro como indicador de dor é um fator de dificuldade para avaliação da mesma, pois este pode estar associado não somente a dor, mas sua ocorrência também pode estar associada ao uso de dispositivos ou a condições de saúde do RN (SPOSITO et al., 2017).

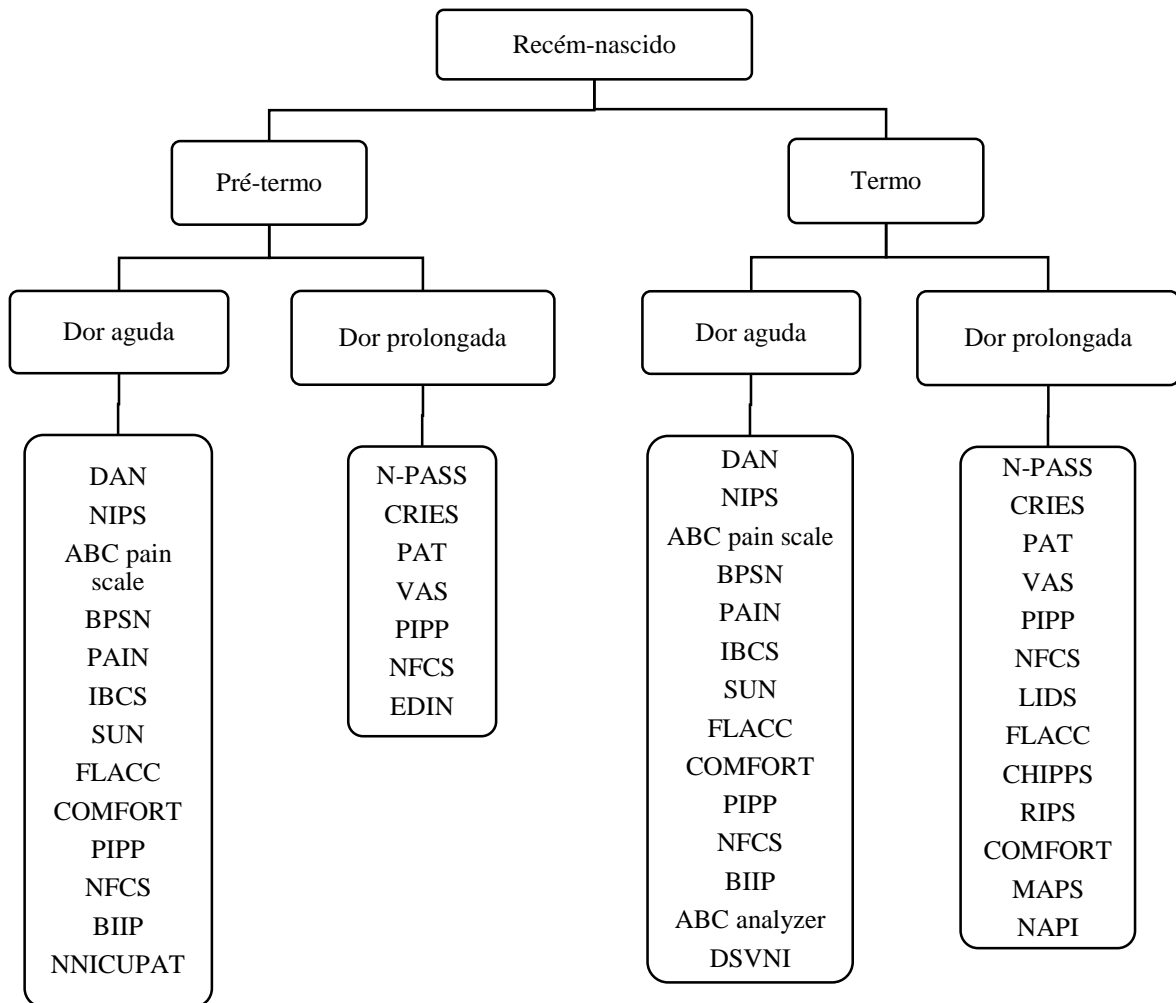
Ao avaliar a dor, o profissional de saúde é influenciado por aspectos relacionados à experiência profissional, métodos de medição fáceis de usar, tipo de dor, sinais observados de dor, idade, tipo de procedimento doloroso, estado clínico, propriedades psicométricas, critérios de interpretação, e experiência de uso em outros serviços de saúde (MELO et al., 2014).

Instrumentos confiáveis de avaliação da dor neonatal são essenciais para sua avaliação, e seu uso tem sido fortemente recomendado pela AAP e por pesquisadores internacionais, incluindo o Grupo Internacional Baseado em Evidências para a Dor Neonatal (AAP, 2016).

Os métodos utilizados para a avaliação de eventos dolorosos podem ser divididos em três categorias: medidas de respostas fisiológicas da dor, observações de comportamentos relacionados à dor e descrições verbais ou escritas da dor e/ou variáveis associadas (MELO et al., 2014).

Assim é possível constatar a primeira limitação na avaliação da dor neonatal está no fato de não existir um padrão ouro para medi-la, já que o RN é incapaz de expressá-la em palavras. No entanto, existem muitas escalas que permitem monitorar a dor utilizando indicadores fisiológicos, comportamentos e outros indicadores baseados na expressão facial (COLLADOS-GÓMEZ et al., 2018), como apresentadas na figura 3.

Figura 3: Escalas de dor neonatal validadas de acordo com a idade gestacional e a duração da dor.



Fonte: SILVA; SILVA, 2010.

Legenda: ABC analyzer – Neonatal Pain Analyzer / BIIP – Behavioural Indicators of Infant Pain / BPSN – Bernese Pain Scale for Neonates / CHIPPS – Children’s and Infant’s Post-operative Pain Scale / CRIES – Crying Requires increased oxygen administration, Increased vital signs, Expression, Sleeplessness / DAN – Douleur Aigue du Nouveau-né / DSVNI – Distress Scale for Ventilated Newborn Infants / EDIN – Echelle Douleur Inconfort Nouveau-né / FLACC – Faces, Legs, Activity, Cry and Consolability / IBCS – The Infant Body Coding System / LIDS – Liverpool Infant Distress Scale / MAPS – Multidimensional Assessment Pain Scale / NAPI – Neonatal Assessment of Pain Intensity / NFCS – Neonatal Facial Coding System / NIPS – Neonatal Infant Pain Scale / NNICUPAT – Nepean Neonatal Intensive Care Unit Pain Assessment Tool / N-PASS – Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale / PAIN – Pain Assessment in Neonates / PAT – Pain Assessment Tool / PIPP – Premature Infant Pain Profile / RIPS – Riley Infant Pain Scale / SUN – Scale for Use in Newborns / VAS – Visual Analogue Scale

É preciso que a avaliação da dor no RN seja realizada de forma que as escalas compreendam diferentes critérios no intuito de padronizar a mensuração das variáveis envolvidas. Desse modo, é preciso avaliar de forma simultânea os parâmetros fisiológicos e

comportamentais buscando o máximo de informações individualizadas e possíveis interações com o ambiente que o RN possa demonstrar (BRASIL, 2011).

As escalas de dor são ainda limitadas pela sua subjetividade e questionável confiabilidade inter avaliadores, devido ao fato de ficarem sujeitas a diferentes interpretações. Como também ao fato de que quando o RNPT é sujeito à dor persistente, ele muitas vezes parece estar em um estado passivo com movimentos corporais limitados, expressões faciais difíceis de ler e reatividade fisiológica reduzida (FIELD, 2017).

Atenta-se ao fato de que já existem pesquisas que demonstraram que embora tenha havido relações estatísticas significantes entre o número de dispositivos e anotação de agitação ($p=0,014$) e de choro ($p<0,001$), não houve o mesmo relato ao se aplicar a NIPS (Escala de Avaliação de Dor no RN e no Lactente). Portanto, mesmo que uma resposta comportamental a um estímulo doloroso seja notada ao mesmo tempo em que a medida fisiológica permanece inalterada, deve-se atentar ao problema de combinar os escores de resposta comportamental e fisiológica, sugerindo que eles devem ser tratados como pontuações individuais (FIELD, 2017; SPOSITO et al., 2017).

Mesmo frente a todas essas dificuldades, é recomendado que independentemente da escolha de escala a ser utilizada pelo serviço de saúde, a avaliação da dor deve ocorrer regularmente, de forma sistemática, devendo ser considerado um quinto sinal vital (BRASIL, 2011).

O uso consistente do monitoramento da avaliação da dor durante todos os aspectos dos procedimentos invasivos tem sido recomendado pela *American Neonatology Association*. A prática atual requer avaliações de dor antes, durante e após procedimentos invasivos, e essas escalas fazem o monitoramento da dor neonatal no RNPT que está sendo assistido (FIELD, 2017).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) indica o uso das escalas: NIPS, Echelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN - Escala de Dor e Desconforto do RN), BIIP (Indicadores Comportamentais da Dor no Lactente), COMFORT (BRASIL, 2011).

A escala NIPS para avaliação diária da dor no RN é um instrumento criado em 1993 para avaliação da dor em RNT e RNPT, e, segundo a qual, a presença de dor é determinada diante de escore maior ou igual a 4 (SPOSITO et al., 2017).

A NIPS é composta por cinco parâmetros comportamentais e um indicador fisiológico, a maior dificuldade apresentada pela aplicação dessa escala está na avaliação do parâmetro choro no RN entubado, quando houver essa situação, deve-se dobrar a pontuação da mímica

facial, sem avaliar o item choro. Devendo a escala ser aplicada sempre que se registrem os sinais vitais, conforme apresentada no quadro 1 (BRASIL, 2011).

Quadro 1: Escala de dor neonatal NIPS.

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

Fonte: BRASIL, 2011.

Já a escala EDIN, que também tem seu uso recomendado pelo MS, foi planejada para avaliar a dor persistente do RN criticamente enfermo. Sua aplicação é fácil e prática, permitindo acompanhar o comportamento do RN por períodos mais prolongados a fim de avaliar as suas necessidades terapêuticas e adequar o tratamento. Para essa escala, a dor é definida ao se atingir pontuação maior ou igual a 7, conforme quadro 2 (BRASIL, 2011).

Quadro 2: Escala de dor neonatal EDIN.

Parâmetro	Pontuação – definição
Atividade facial	0 – Relaxada 1 – Testa ou lábios franzidos, alterações transitórias da boca 2 – Caretas frequentes 3 – Mímica de choro ou total ausência da mímica
Movimento corporal	0 – Relaxado 1 – Agitação transitória; geralmente quieto 2 – Agitação frequente, mas é possível acalmar 3 – Agitação persistente, hipertonia de membros superiores e inferiores
Qualidade do sono	0 – Dorme com facilidade 1 – Dorme com dificuldade 2 – Cochilos curtos e agitados 3 – Não dorme
Contato com enfermagem	0 – Atento à voz 1 – Tensão durante a interação 2 – Chora à mínima manipulação 3 – Não há contato, geme à manipulação
Consolabilidade	0 – Quietos e relaxados 1 – Acalma rápido com voz, carinho ou sucção 2 – Acalma com dificuldade 3 – Não acalma, suga desesperadamente

Fonte: BRASIL, 2011.

A BIIP é uma escala recente que incorpora à avaliação dos movimentos faciais de dor, a análise do estado de alerta do RN e da movimentação das mãos (BRASIL, 2011). A escala BIIP inclui movimentos da mão para RNPT cujas expressões faciais são menos evidentes. As

medidas fisiológicas incluídas nestas avaliações de dor no RN são aquelas encontradas nos monitores da UTIN incluindo frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio e pressão arterial (quadro 3) (FIELD, 2017).

Quadro 3: Escala de dor neonatal BIIP.

Parâmetro	Pontuação	Definição
Estado de sono/vigília		
Sono profundo	0	Olhos fechados, respiração regular, ausência de movimentos das extremidades
Sono ativo	0	Olhos fechados, contração muscular ou espasmos/abalos, movimentos rápidos dos olhos, respiração irregular
Sonolento	0	Olhos fechados ou abertos (porém com olhar vago, sem foco), respiração irregular e alguns movimentos corporais
Acordando/quieto	0	Olhos abertos e focados, movimentos corporais raros ou ausentes
Acordado/ativo	1	Olhos abertos, movimentos ativos das extremidades
Agitado/chorando	2	Agitado, inquieto, alerta, chorando
Face e mãos		
Fronte saliente	1	Abaulamento e presença de sulcos acima e entre as sobrancelhas
Olhos espremidos	1	Compressão total ou parcial da fenda palpebral
Sulco nasolabial aprofundado	1	Aprofundamento do sulco que se inicia em volta das narinas e se dirige à boca
Estiramento horizontal da boca	1	Abertura horizontal da boca acompanhada de estiramento das comissuras labiais
Língua tensa	1	Língua esticada e com as bordas tensas
Mão espalmada	1	Abertura das mãos com os dedos estendidos e separados
Mão fechada	1	Dedos fletidos e fechados fortemente sobre a palma das mãos formando um punho cerrado/mão fechada

Fonte: BRASIL, 2011.

Já a escala COMFORT (quadro 4) foi inicialmente desenvolvida para avaliar o estresse e desconforto em crianças de 0 a 24 meses internadas em Unidade de Terapia Intensiva e submetidas à ventilação mecânica. A COMFORT comportamental, quando são retirados da escala original os parâmetros fisiológicos, foi validada para avaliação da dor pós-operatória em crianças de 0 a 3 anos (BRASIL, 2011).

Quadro 4: Escala de dor neonatal COMFORT.

continua

1.Alerta	Pontos
Sono profundo	1
Sono leve	2
Cochilando	3
Totalmente acordado e alerta	4
Hiperalerta	5
2.Calma/agitação	
Calmo	1
Levemente ansioso	2
Ansioso	3
Muito ansioso	4
Pânico	5

3.Resposta respiratória	
Sem tosse e respiração espontânea	1
Respiração espontânea com pouca ou nenhuma resposta à ventilação	2
Tosse ocasionalmente ou como resistência ao respirador	3
Respira ativamente contra o respirador ou tosse regularmente	4
Briga com o respirador, tosse ou sufocação	5
4.Movimentação física	
Sem movimentos	1
Movimentos leves ocasionais	2
Movimentos leves frequentes	3
Movimentos vigorosos limitados às extremidades	4
Movimentos vigorosos incluindo tronco e cabeça	5
5. Linha de base da pressão arterial (pressão arterial média)	
Pressão abaixo da linha de base (LB)	1
Pressão arterial consistentemente na LB	2
Elevações infrequentes de 15% ou mais (1 a 3) durante o período de observação	3
Elevações frequentes de 15% ou mais (mais de 3) acima da LB	4
Elevação sustentada maior que 15%	5
6. Linha de base da frequência cardíaca (FC)	
FC abaixo da LB	1
FC consistentemente na LB	2
Elevações infrequentes (1 a 3) de 15% ou mais acima da LB durante o período de Observação	3
Elevações frequentes (>3) de 15% ou mais acima da LB	4
Elevação sustentada maior que 15%	5
7.Tônus muscular	
Músculos totalmente relaxados sem tônus	1
Tônus reduzido	2
Tônus normal	3
Tônus aumentado e flexão de extremidades	4
Rigidez muscular extrema e flexão de extremidades	5
8.Tensão facial	
Músculos faciais totalmente relaxados	1
Músculos faciais com tônus normal, sem tensão facial evidente	2
Tensão evidente em alguns músculos da face	3
Tensão evidente em todos os músculos da face	4
Músculos faciais contorcidos	5
Sedação excessiva: 8-16; sedação adequada: 17-26; sedação insuficiente: 27-40	

Fonte: BRASIL, 2011.

Mesmo com a existência dessas escalas, ainda existe a dificuldade de que as mesmas podem ser complexas e difíceis de utilizar em um contexto clínico, embora também requeiram educação e treinamento específicos (COLLADOS-GÓMEZ et al., 2018).

Portanto, faz-se necessária a investigação das barreiras pessoais, estruturais e organizacionais que impedem ou dificultam que os profissionais para aplicar o conhecimento adquirido (SPOSITO et al., 2017).

3.3.2 Tratamento, alívio e reavaliação da dor neonatal

Com os avanços nas pesquisas sobre a fisiopatologia do dor neonatal e seus efeitos no desenvolvimento infantil faz-se necessário o uso de medidas que possam auxiliar o RN durante os procedimentos. O uso de medidas não farmacológicas tem sido recomendado devido a facilidade e segurança na sua aplicação, no baixo custo e pelo incentivo a participação dos pais nos cuidados do RN (ALMEIDA et al., 2018). São intervenções valiosas para suplementar a gestão farmacológica de dor. Esses métodos não necessariamente controlam a dor, mas distraem o RN dos efeitos negativos da experiência da dor (ERKUT; YILDIZ, 2017).

Entre os métodos não farmacológicos estão a sucção não nutritiva e posicionamento ventral, seguidas por enrolamento, conforto e toque, posicionamento canguru, aconchego com cobertor, acalento e oferecer colo, aleitamento materno não nutritivo, aleitamento materno (AM) e/ou leite materno extraído e a organização do RN no leito (SPOSITO et al., 2017; COLLADOS-GÓMEZ et al., 2018).

Há também aqueles que reduzem o impacto ambiental que podem gerar estímulos dolorosos e os que fornecem cuidados de desenvolvimento individualizados, como a musicoterapia e a massagem terapêutica (ERKUT; YILDIZ, 2017).

O aleitamento materno além de ser uma fonte de benefícios nutricionais para o RN e de auxiliar na proteção imunológica do RN contra infecções, também é um potente meio de alívio da dor. Sendo comprovado que a amamentação durante a punção capilar para coleta de sangue e para triagem neonatal assegurou menor ativação autonômica e comportamental e menor escore de dor (BRASIL, 2011).

Já o Método Canguru (MC) é uma linha de cuidados que engloba desde o início da gravidez de risco e segue até o RN atingir 2.500 gramas. Portanto, sua assistência compreende desde o pré-natal, passando pela internação materna, parto e nascimento, a internação do RN e seu retorno para casa (BRASIL, 2016).

Esta é uma técnica que traz benefícios a curto, médio e longo prazo. É baseado em 03 componentes: (1) posição canguru (isto é, contato contínuo pele a pele entre mãe e filho), que fornece adequada regulação térmica; (2) amamentação exclusiva quando possível; e (3) alta oportuna com acompanhamento rigoroso (CHARPAK et al., 2016).

O MC e o preconizado contato pele a pele mostraram-se eficazes para diminuir a dor do RN durante procedimentos agudos, especialmente após punções capilares. O contato pele a pele reduziu a duração da atividade facial indicativa de dor. Assim, é preciso que o contato pele a pele seja iniciado mesmo antes do procedimento doloroso, sendo mantido durante sua realização e continuar após a realização do procedimento (BRASIL, 2011).

Estudo retrospectivo realizado em Bogotá, Colômbia, que avaliou a persistência dos resultados causados pela aplicação do MC na idade adulta jovem, demonstrou que os efeitos do MC em 1 ano no quociente de inteligência (QI) e no ambiente doméstico ainda estavam presentes 20 anos mais tarde, nos indivíduos mais frágeis, e os pais do MC eram mais protetores e carinhosos, refletido pela redução do absenteísmo escolar e redução da hiperatividade, agressividade, externalização e conduta sócio desviante de jovens adultos (CHARPAK et al., 2016).

Outra medida utilizada que reconhecidamente auxilia na gestão da dor do RN é a massagem terapêutica. Além da diminuição dos escores de dor, esse método tem efeitos benéficos para o ganho de peso no RNPT, melhores níveis transcutâneos de bilirrubina, sono, ingestão de calorias, atividade vagal, motilidade gástrica ou número de fezes, parâmetros imunológicos da variabilidade da frequência cardíaca, metabolismo ósseo, alterações no eletroencefalograma (EEG), comportamento e/ou neurodesenvolvimento, tempo de internação e níveis de marcadores séricos, como fator de crescimento semelhante à insulina I (IGF-1), adiponectina e soro triglicéridos (NIEMI, 2017).

A utilização de enrolamento como medida de conforto para o RN, é realizada de tal forma que se deve conter os membros do RN perto de seu tronco em uma posição flexionada, respeitando-se a posição anatômica dos mesmos. É sabido que sua utilização reduz alterações fisiológicas e estresse comportamental, encurta o tempo para adormecer, ajuda o RN a dormir ininterruptamente, evita acordar espontaneamente e encurta a duração do choro (ERKUT; YILDIZ, 2017).

O uso dessa técnica juntamente com a diminuição da estimulação tátil e da excessiva manipulação do RN busca a observação da autoregulação do RN, a fim de identificar os limites entre desorganização e organização, ou seja, a habilidade de autorregulação e auto diferenciação. Se a desorganização for excessiva, dificultando a reorganização, podem ocorrer processos de desadaptação envolvendo rigidez de funcionamento ou retrocessos no desenvolvimento (BRASIL, 2011).

Além disso, o uso do enrolamento os ajuda a gastar menos energia ao permitir que o RN tenha menos estresse durante o banho, impede a hipotermia ao ajudar regulação térmica, afeta positivamente os mecanismos neuromusculares e o desenvolvimento motor, facilita a adaptação do RN ao ambiente extrauterino, diminui os casos de síndrome da morte súbita e regula os picos da frequência cardíaca e saturação de oxigênio, aliviando a dor causada por intervenções invasivas, reduzindo significativamente a resposta da frequência cardíaca à dor e escores de dor (ERKUT; YILDIZ, 2017).

A sucção não nutritiva inibe a hiperatividade, modula o desconforto do RN e diminui a dor do RNT e RNPT submetidos a procedimentos dolorosos agudos. A analgesia ocorre apenas durante os movimentos ritmados de sucção, quando há liberação de serotonina no SNC. Esse recurso terapêutico pode ser aplicado ao RN durante a realização de alguns procedimentos como a coleta de sangue capilar (BRASIL, 2011).

Estudos recentes publicados na Europa e nos Estados Unidos, reclassificaram o uso das soluções adocicadas como sacarose e glicose como métodos farmacológicos para o alívio da dor neonatal (AAP, 2016; COLLADOS-GÓMEZ et al., 2018). Recomendando-se, que quando a sacarose é usada como estratégia de gerenciamento da dor, deve ser prescrita e rastreada como medicação (AAP, 2016).

Segundo a Resolução RDC nº 17, de 16 de abril de 2010, que dispõe sobre as Boas Práticas de Fabricação de Medicamentos, classificam-se como medicamentos todos os produtos farmacêuticos, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico (BRASIL, 2010). Sendo assim, tanto a glicose quanto a sacarose oral utilizada para fins de alívio da dor, enquadraram-se na definição de medicamento da ANVISA. No entanto, no Brasil, essas substâncias ainda são classificadas por muitos autores como métodos não farmacológicos.

A sacarose e a glicose oral são comumente utilizadas para fornecer analgesia para o RN durante a realização de procedimentos que possam causar dor classificadas de leve a moderada (AAP, 2016). Esse uso justifica-se, pois, as soluções adocicadas liberam opioides endógenos responsáveis pela diminuição do estímulo doloroso, atuando na diminuição do tempo de choro, atenuando a mímica facial de dor e reduzindo a resposta fisiológica à dor, quando comparadas à água destilada e à sucção não nutritiva (BRASIL, 2011).

Em estudos com animais, os efeitos analgésicos da sacarose parecem ser uma resposta mediada pelo sabor doce das vias dos opiáceos, endorfina e, possivelmente, dopamina ou acetilcolina. No entanto, o mecanismo de ação não é bem compreendido em RN humanos. Um efeito analgésico aditivo foi observado quando a sacarose é usada em conjunto com outras medidas não farmacológicas, como sucção não nutritiva e enrolamento, especialmente para procedimentos como exames oftalmológicos e imunizações (AAP, 2016).

Dentre as várias soluções pesquisadas, a mais efetiva é a sacarose, seguida pela solução glicosada. Sendo assim, recomenda-se o emprego clínico de água com sacarose ou glicose (1ml a 25%), por via oral (administrada na porção anterior da língua) 2 minutos antes de pequenos procedimentos, como punções capilares ou venosas (BRASIL, 2011).

Estudo recente realizado no Canadá que objetivou determinar a dose minimamente eficaz de sacarose a 24% para reduzir a dor no RN hospitalizado submetido a um único procedimento de punção venosa capilar de calcâneo, demonstrou que a dose mínima eficaz de sacarose a 24% necessária foi de 0,1 ml (STEVENS et al., 2018).

O papel e a segurança do uso de sacarose a longo prazo para a dor persistente e contínua não foram sistematicamente estudados. Um estudo com 107 RNPT <31 semanas de gestação encontrou piores escores de desenvolvimento neurológico em 32, 36 e 40 semanas de IG em RN que receberam > 10 doses de sacarose durante um período de 24 horas na primeira semana de vida, levantando preocupações sobre a dosagem frequente em RNPT (AAP, 2016).

Os anti-inflamatórios não hormonais atuam por meio da inibição das prostaglandinas e do tromboxane liberados durante a agressão tecidual, sendo indicados em processos dolorosos leves ou moderados e/ou quando a dor está associada a processo inflamatório, especialmente em situações nas quais a depressão respiratória desencadeada pelos opioides é preocupante e indesejável. Esse grupo de fármacos inclui paracetamol, ácido acetilsalicílico, diclofenaco, ibuprofeno, indometacina, naproxano, ketorolaco e dipirona. No entanto, apenas o paracetamol é liberado para ser utilizado de forma segura no período neonatal (BRASIL, 2011).

Entre os opioides, a morfina é a droga mais comumente utilizada, fornecendo tanto sedação como analgesia. Os opioides inibem a aferência da dor na medula espinhal e, simultaneamente, ativam as vias corticais descendentes inibitórias da dor, levando, assim, à analgesia, além de atuarem nos receptores especialmente ligados à analgesia. A interação desse grupo de fármacos com outros receptores opioides pode desencadear depressão respiratória, graus variados de sedação, íleo adinâmico, retenção urinária, náuseas, vômitos, tolerância e dependência física (BRASIL, 2011; CAPOLINGUA; GILL, 2018).

Salienta-se, inclusive, que piores prognósticos neurológicos (aumento da incidência de hemorragia intraventricular, leucomalácia periventricular e/ou óbito) têm sido apontados no RNPT com extremo baixo peso, em ventilação mecânica e que receberam morfina desde as primeiras horas de vida até ao redor de 14 dias. Destaca-se que após a administração da droga por período superior a três dias, recomenda-se sua retirada de maneira gradual (BRASIL, 2011).

Outro opioide utilizado em RN é o fentanil, o seu inconveniente é o aparecimento rápido de tolerância. O fentanil desencadeia poucos efeitos adversos cardiovasculares, verificando-se discreta bradicardia. A injeção rápida de doses elevadas do medicamento pode levar à rigidez muscular, em especial na região da caixa torácica (BRASIL, 2011). Estudo realizado em São Paulo constatou que dos 172 (3,6%) procedimentos para os quais foi utilizado, no mínimo, um

analgésico ou sedativo, as intervenções mais frequentes foram a combinação de midazolam e Fentanil (37,8%), e administração isolada de midazolam (33,9%) (SPOSITO et al., 2017).

No entanto, a administração isolada de midazolam deve ser ponderada visto que por se tratar de um sedativo não há a inibição do processo nociceptivo. Estudo realizado com adultos no Rio de Janeiro, Brasil, verificou que pacientes em coma sentem dor durante a intervenção de enfermagem banho no leito, apesar de estarem em coma induzido com a droga midazolam (TAETS; FIGUEIREDO, 2016).

Em seu estudo, Sposito e colaboradores (2017) demonstraram que no público neonatal, o midazolam, a dipirona e o hidrato de cloral obtiveram as maiores frequências de prescrição, as quais foram, respectivamente, de 31,8, 31,2 e 20,4%. Contudo, apenas 28,6 e 36% das prescrições de dipirona e midazolam, respectivamente, resultaram em sua administração, de modo que os fármacos que apresentaram as maiores frequências foram: morfina (100%), hidrato de cloral (65,6%), Tramal® e propofol (50%).

Salienta-se que o uso do tramadol em adultos, tem boas propriedades analgésicas e causa menos obstipação intestinal, depressão respiratória, tolerância e dependência física que a morfina. Apesar das vantagens potenciais do emprego do tramadol, existem poucos estudos com a aplicação do fármaco em RN (BRASIL, 2011).

Geralmente o uso de fármacos de maneira analgésica para RN na realização de procedimentos é feita para os procedimentos em que há menores riscos com o RN calmo, como punção pleural, peritoneal e intubação, os quais apresentaram taxas de sedação ou analgesia específica superiores a 70%. Torna-se alarmante a frequência de administração isolada do midazolam relacionada à realização de procedimentos, uma vez que não promove analgesia (SPOSITO et al., 2017).

Assim, faz-se necessária a atualização das diretrizes clínicas para o uso de medicamentos para RN e que promovam o uso de analgesia para aumentar tanto a consistência da prática como a interpretação multiprofissional. Como também, o estabelecimento de boas relações entre enfermeiros e médicos com o intuito de melhorar os cuidados com a dor do RN (CAPOLINGUA; GILL, 2018).

Portanto, torna-se evidente a necessidade do profissional de saúde se questionar sobre quem e qual é o foco da assistência prestada, a fim de que possa manter ou retomar o RN como sujeito do cuidado (SPOSITO et al., 2017).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, observacional do tipo transversal com abordagem quantitativa. Os estudos transversais analisam a relação entre a frequência de determinada doença ou outra condição de interesse e outras características da população num determinado tempo e lugar, referindo-se a um ponto no tempo ou a um curto intervalo de tempo (FRONTEIRA, 2013).

Com o processo da observação o pesquisador consegue identificar e obter provas para alcançar os objetivos. Durante esta pesquisa foi realizada a observação do tipo não participante com caráter sistemático, na qual o pesquisador entra em contato com a realidade estudada, no entanto, não se integra a ela (MARCONI; LAKATOS, 2017).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em dois hospitais escola de nível terciário de referência na assistência ao parto e nascimento de alto risco, com a missão em atender toda a demanda da 1ª a 6ª Macrorregiões de Saúde do estado de Alagoas.

Os cenários de escolha foram a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo) e a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), a UCINCo possui 05 leitos e a UTIN 20 leitos. Na Maternidade Escola Santa Mônica (MESM), a UCINCo e a UTIN possuem respectivamente 26 leitos.

Esses locais foram escolhidos por conveniência, por apresentarem grande demanda de RN de risco que necessitam de cuidados de forma mais invasiva e, portanto, pela consequente necessidade de realização de procedimentos dolorosos.

O HUPAA possui um total de 101 profissionais que se enquadram nos critérios de elegibilidade para o estudo, já a MESM possui um total de 261 profissionais que respondem aos critérios de elegibilidade. Perfazendo assim, um universo de 362 possíveis participantes da pesquisa.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram convidados a participar do estudo profissionais da equipe multiprofissional (Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Fisioterapeutas e Fonoaudiólogos) responsáveis pelo cuidado direto ao RN internado na UCINCo e na UTIN dos hospitais escolhidos. A amostra da pesquisa foi do tipo aleatória composta por membros de uma população previamente selecionada. As categorias elegidas foram aquelas responsáveis por realizarem procedimentos dolorosos ou potencialmente doloroso no RN.

Assim, o tamanho da amostra foi estimado em 42 profissionais, sendo 21 profissionais que exercem atividades de nível médio (COFEN, 2014) e 21 profissionais de nível superior. Considerando a frequência de 47,6% para o nível médio e 56,81% para o nível superior encontradas em estudo anterior (CHRISTOFFEL et al., 2016) e com metodologia semelhante à desta pesquisa. Assim, o cálculo do tamanho da amostra foi estabelecido, com nível de confiança de 95%.

Quanto aos critérios de elegibilidade, foram determinados para inclusão os profissionais da equipe multiprofissional que desempenham procedimentos dolorosos no RN internado na UCINCo e/ou na UTIN dos hospitais locais da coleta de dados e que estão lotados no setor há mais de um ano, e como exclusão aqueles que se encontravam afastados do serviço por motivo de férias, licença médica, licença maternidade ou outro motivo; que estavam cumprindo estágios de residência profissional nos setores; e que desempenhavam funções de gerência no momento da coleta de dados.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para coleta de dados foram utilizados dois instrumentos um questionário adaptado com questões referentes à caracterização dos profissionais e ao conhecimento sobre gerenciamento da dor neonatal (Anexo A). Este questionário foi construído tendo suas opções de respostas baseadas na escala *Likert*, variando desde discordo totalmente a concordo totalmente, e um instrumento construído para a observação da prática clínica dos profissionais (Anexo B) que se adequasse a realidade que seria encontrada pela pesquisadora principal.

O questionário utilizado foi adaptado a partir do questionário construído e validado durante a tese de pós-doutorado intitulada: “Transferência do conhecimento no uso de intervenções não farmacológicas para o alívio da dor do recém-nascido em procedimentos considerados dolorosos” da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob a responsabilidade da pós-doutoranda Profa. Dra. Marialda Moreira Christoffel, sob

a supervisão da Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi e colaboração da Profa. Dra. Thaila Corrêa Castral.

Para obtenção do questionário validado foi realizado o contato através da troca de correio eletrônico com a Profa. Dra. Marialda Moreira Christoffel, a qual gentilmente cedeu o questionário para que fosse aplicado nesta pesquisa.

Como variáveis primárias foram elegidas: aquelas relativas ao Gerenciamento da dor neonatal (reconhecimento, a avaliação, o tratamento, o alívio, até a reavaliação da dor após o procedimento doloroso ou potencialmente doloroso).

Nessa pesquisa, a variável gerenciamento da dor neonatal foi medida através das respostas dadas pelos profissionais no questionário entregue na primeira etapa da coleta de dados. O questionário possui questões acerca dos conhecimentos sobre a dor neonatal e suas características, quais as medidas não farmacológicas e farmacológicas utilizadas por eles, quais as escalas de dor que eles reconhecem e quais os procedimentos que eles julgam ser dolorosos.

Como variáveis secundárias: o tempo de formado, tempo de serviço na unidade neonatal, especialização na área neonatal, quantidade de vínculos, participação em capacitação sobre dor neonatal, participação em capacitação sobre dor neonatal, receber informações sobre como avaliar a dor neonatal durante a formação profissional, classificação do RN e tipo de procedimento.

4.6 PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS

A coleta de dados teve início com a aproximação da pesquisadora principal com o campo de coleta e com os possíveis participantes. Entendida suas rotinas de serviço, as demandas recebidas pelas unidades e os melhores horários dentro da rotina assistencial para serem realizados os convites a participação na pesquisa.

As etapas da coleta de dados foram:

Etapas 1 (fevereiro a abril de 2019): convite a participação e entrega dos questionários aos profissionais. Os questionários foram respondidos e devolvidos a pesquisadora responsável em envelopes opacos, lacrados e sem identificação nominal dos participantes. Os profissionais participantes foram esclarecidos que a sua participação na pesquisa corresponderia a duas etapas, o preenchimento do questionário e a observação da sua prática clínica durante a realização de algum procedimento doloroso com o RN.

Etapas 2 (maio a julho de 2019): esta etapa da coleta de dados iniciou com o teste piloto para aplicação de um instrumento previamente escolhido para a coleta dos dados observacionais

(CARBAJAL et al., 2008; BONUTTI 2017). Porém, considerando a especificidade do instrumento utilizado foi percebido que o mesmo não se adequava a realidade encontrada nos hospitais que foram locais da coleta de dados.

Sendo assim, fez-se necessário convidar profissionais que possuíam anos de experiência, publicações e especialização na área do fenômeno investigado para contribuições sobre o novo instrumento a ser utilizado. A literatura científica recomenda que o número de especialistas convidados varie entre três e dez indivíduos (POLIT; BECK; OWEN, 2007), para esta etapa da pesquisa foram convidados sete profissionais para colaborarem com o instrumento, participaram enfermeiros, fisioterapeutas e fonoaudiólogos. Salienta-se que estes profissionais convidados não faziam parte dos profissionais da amostra desta pesquisa.

Etapa 3 (julho a setembro de 2019): a pesquisadora principal realizou um período de adaptação (imersão) nas unidades pesquisadas. Esta fase justifica-se, pois em pesquisas que realizam a observação como parte de seus estudos faz-se necessário evitar o efeito *Hawthorne* que é a consequente consciência de ser estudado que os participantes desenvolvem ao longo da pesquisa, alterando seu comportamento durante a participação (McCAMBRIDGE; WITTON; ELBOURNE, 2014).

Realizou-se a observação do tipo estruturada e não participativa. Esse método de coleta de dados permite que o pesquisador principal selecione antecipadamente os eventos e os comportamentos que pretende observar, com a criação de instrumentos que o auxiliem na atividade (POLIT; BECK, 2011).

Estudos de observação direta são estudos exaustivos e, portanto, estudos internacionais têm preconizado que sejam realizadas de 85,2 horas a 98,2 horas de observação quando se trata da observação de atividades da prática clínica (CORNELL et al., 2010; CORNELL et al., 2011).

Adotando-se esses referenciais, estabeleceu-se um quantitativo de 90 horas de observação dos profissionais em cada hospital. Portanto, realizou-se um total de 180 horas de observação.

Nesta etapa houve algumas perdas de profissionais sendo observado ao todo 33 profissionais dos 42 participantes. As perdas se deram por trocas de plantão entre os profissionais (06), férias seguidas de licença médica (02), transferência da assistência para a gerência dos setores (01).

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para tabulação dos dados e análise estatística foi utilizado o software estatístico EpiInfo[®] versão 3.5.3. Os elementos gráficos foram produzidos utilizando os Programas Excel[®] (Pacote Office 2013) e GraphPad[®] 5.0. Foi realizada a estatística descritiva dos dados, calcularam-se as frequências relativas, médias e desvio padrão das variáveis.

A análise das respostas dos profissionais dos profissionais às perguntas do questionário foi estratificada de acordo com a formação acadêmica, sendo os profissionais alocados em dois grupos (profissionais de nível superior e profissionais de nível médio).

Destaca-se um viés de caracterização dos profissionais, pois alguns dos profissionais de nível médio estão alocados nos serviços pesquisados como técnicos de enfermagem. No entanto, já possuem graduação em enfermagem e alguns possuem, inclusive, pós-graduação na área de neonatologia. Portanto, tiveram mais oportunidades de receberem informações sobre a dor neonatal durante a sua formação acadêmica.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para iniciar a pesquisa foram requisitadas as autorizações das instituições que foram locais da coleta de dados da pesquisa. Em seguida, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa e, somente após sua aprovação (Apêndice D), foi iniciada a coleta e análise dos dados. A pesquisa foi aprovada com número de parecer 3.082.531 e CAAE de número 04245618.2.0000.5013.

Dessa forma, o estudo se desenrolou em concordância com a Resolução 466/12 e a Resolução 510/16, as quais estabelecem normas para pesquisa envolvendo seres humanos, visando sua proteção e a integridade dos sujeitos que participaram da pesquisa.

Os princípios éticos foram seguidos ao longo de toda a pesquisa, onde foram considerados os pressupostos da bioética, configurados na resolução: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, onde prevaleceu o critério de respeito à dignidade dos participantes e à proteção de seus direitos e bem-estar.

Todos os participantes da pesquisa no momento do convite a participação receberam as devidas explicações sobre a pesquisa, sua temática e as etapas as quais eles iriam participar e como se daria a coleta de dados. Após as explicações os participantes foram convidados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.

5 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados de acordo com os objetivos estabelecidos de forma sequencial.

5.1 Caracterização da equipe multiprofissional

A tabela 1 faz referência a caracterização dos profissionais participantes. Destacou-se o gênero feminino (90,48%), predominou o estado civil casado (66,67%) e a categoria profissional de nível superior majoritária foi a de enfermeiros (47,61%). Dos 21 profissionais de nível médio apenas 01 (4,76) estava lotado como auxiliar de enfermagem enquanto os outros 95,23% eram profissionais técnicos de enfermagem.

Tabela 1: Caracterização dos profissionais participantes da pesquisa. Maceió, AL, Brasil, 2020.

Variável	N(42)	F%
Sexo		
Masculino	4	9,52
Feminino	38	90,48
Estado civil		
União Estável	2	4,76
Solteiro	12	28,57
Casado	28	66,67
Categoria profissional		
Fonoaudiólogo	1	4,76
Auxiliar de enfermagem	1	4,76
Médico	3	14,28
Fisioterapeuta	7	33,33
Enfermeiro	10	47,61
Técnico de enfermagem	20	95,23

Fonte: Autora, 2020.

A Tabela 2 apresenta os dados relativos à caracterização dos profissionais com relação à idade, ao tempo de formado e ao tempo de trabalho especificamente em unidade neonatal.

Tabela 2: Caracterização dos profissionais quanto a média de idade, de tempo de formado e do tempo de serviço na unidade neonatal. Maceió, AL, Brasil, 2020.

Variável	Nível médio		Nível superior	
	Média (dp)	Min-Máx	Média (dp)	Min-Máx
Idade	38(7,770)	26-53	38(7,585)	29-57
Tempo de formado (anos)	15(7,471)	5-33	15(6,321)	6-31
Tempo de serviço na área neonatal (meses)	94(104,485)	13-360	112(79,780)	13-288

Fonte: Autora, 2020.

A média de idade dos profissionais de saúde foi semelhante em ambos os grupos, 38 anos. Também quanto ao tempo de formado dos profissionais, porém a variação mínima e máxima do tempo foi maior para os profissionais de nível médio (de 5 a 33 anos de tempo de formado). Já o tempo de serviço na área neonatal mostra que há profissionais em ambos os

grupos que começaram a trabalhar na área somente após a entrada nos serviços, com experiência de 13 meses.

Quanto ao local de trabalho os participantes poderiam ser alocados na UTIN, UCINCo, ou em ambos os setores a depender da organização dos serviços e da necessidade de profissionais. Assim, os profissionais de nível médio em sua maioria (66,67%) estavam lotados na UTIN. Já os profissionais de nível superior em sua maioria (61,90) encontraram-se nos dois setores (UTIN/UCINCo).

Com relação ao turno de trabalho, predominou o turno de serviço no regime de plantão tanto para o nível médio quanto para o nível superior, 66,67% e 57,14%, respectivamente.

No referente a quantidade de vínculos a mais que os profissionais possuíam, tanto os profissionais de nível médio quanto os de nível superior (52,38% e 57,14%, respectivamente), possuíam mais um vínculo além do vínculo com o hospital onde foram participantes da pesquisa. A tabela 3 descreve essa distribuição dos profissionais no momento da primeira etapa da coleta de dados.

Tabela 3: Distribuição dos profissionais quanto aos aspectos relacionados as atividades laborais nas unidades pesquisadas. Maceió, AL, Brasil, 2020.

Variável	Nível médio	Nível superior
	N(%)	N(%)
Setor de lotação		
UTIN	14(66,67)	8(38,10)
UCINCo	4(19,05)	-
UTIN/UCINCo	3(14,29)	13(61,90)
Turno de trabalho		
Manhã	3(14,29)	7(33,33)
Tarde	2(9,52)	2(9,52)
Noite	2(9,52)	-
Plantonista	14(66,67)	12(57,14)
Quantidade de vínculos		
Nenhum	8 (38,10)	4 (19,05)
Mais um	11 (52,38)	12 (57,14)
Mais dois	2 (9,52)	4 (19,05)
Mais três	-	1 (4,76)
Satisfeito com as condições de trabalho*		
Sim	10(47,62)	7(33,33)
Não	8(38,10)	13(61,90)
Especialização em neonatologia**		
Sim	4(19,05)	12(57,14)
Não	15(71,43)	9(42,86)

Fonte: Autora, 2020. *N (nível médio)= 18 e N (nível superior)= 20. **N (nível médio)= 19.

No tocante a satisfação com as condições de trabalho entre os profissionais de nível médio houve o predomínio de respostas afirmativas (47,62%). Já os profissionais de nível

superior em sua maioria (61,90%) responderam negativamente à pergunta. Alguns profissionais optaram por não responder.

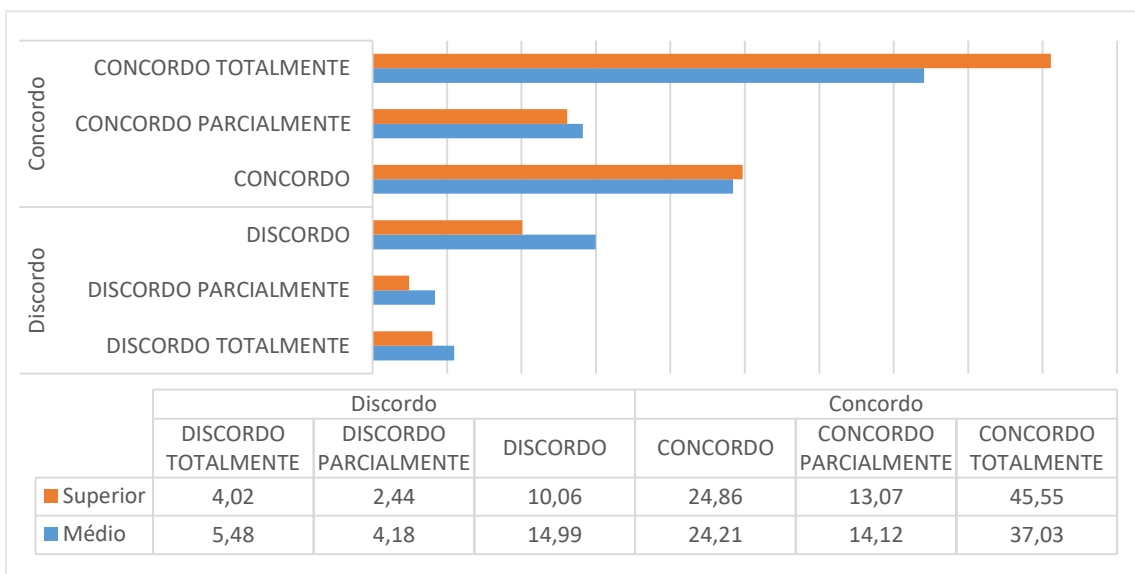
Destaca-se a quantidade de profissionais que possuem especialização na área neonatal lotados nos setores como profissionais de nível médio. Assim, dentre estes profissionais, 19,05% possuem especialização na área.

Os dados referentes às perguntas do questionário foram divididos em três grupos de acordo com os eixos abordados nas perguntas, a saber: **conhecimento dos profissionais de saúde na avaliação e no gerenciamento da dor; práticas realizadas nas estratégias para o alívio da dor neonatal; e procedimentos que podem causar dor**, segundo os profissionais.

5.2 Conhecimento dos Profissionais de Saúde na Avaliação e no Gerenciamento da Dor

O gráfico 1 apresenta as frequências de resposta dos profissionais na primeira parte do questionário, referente ao conhecimento na avaliação e no gerenciamento da dor neonatal. Predominaram as respostas do tipo “concordo totalmente” tanto no grupo dos profissionais de nível médio (37,03%) quanto no grupo de nível superior (45,55%).

Gráfico 1: Frequência das respostas dos profissionais quanto ao conhecimento na avaliação e no gerenciamento da dor. Maceió, AL, Brasil, 2020.



Fonte: Autora, 2020.

Os profissionais responderam questões referentes à aquisição de conhecimento sobre a dor neonatal em qualquer estágio durante a formação acadêmica. A maior parte dos profissionais de nível médio (52,38%) afirmou que não recebeu informações sobre o assunto. Já 71,43% dos profissionais de nível superior, respondeu que sim.

Tabela 4: Distribuição dos profissionais quanto a aquisição do conhecimento acerca da dor neonatal durante a formação acadêmica e profissional., Maceió, AL, 2020.

Variável	Nível médio	Nível superior
	N(%)	N(%)
Conteúdo na formação acadêmica		
Sim	10(47,62)	15(71,43)
Não	11(52,38)	6(28,57)
Capacitação profissional		
Sim	8(38,10)	5(23,81)
Não	13(61,90)	16(76,19)

Fonte: Autora, 2020.

Com relação a educação permanente como capacitações em serviço sobre a dor neonatal, os profissionais de ambos os grupos afirmaram majoritariamente que não participaram de nenhuma capacitação sobre o tema (61,90% nível médio e 76,19% nível superior).

Com relação ao conhecimento dos profissionais sobre aspectos relacionados a fisiologia da dor neonatal, ambos os grupos “concordaram totalmente” (33,3% nível médio e 47,4% nível superior) que **“a idade gestacional do RN influencia na forma como ele expressa a dor”** (tabela 5).

Embora em níveis diferentes (47,6% nível médio “concordaram” enquanto 66,7% nível superior “concordaram totalmente”), os profissionais dos dois grupos concordaram com a sentença sobre **“a necessidade de tratamento para dor para o RN que recebe repetidos procedimentos no intuito de diminuir os efeitos adversos para seu desenvolvimento”**, tabela 5.

A sentença negativa sobre **“a não necessidade do RN fazer uso de analgésico durante procedimentos dolorosos devido a imaturidade do sistema nervoso”**, revelou que 5,3% dos profissionais de nível superior “concordam totalmente” com o não uso de analgésicos.

Já na sentença afirmativa na qual **“os bebês sentem dor assim como os adultos”**, houve predominância do item “concordo totalmente” em ambos os grupos (40% nível médio e 45% nível superior) demonstrado na tabela 5.

Quando questionados sobre a possibilidade do **“RN conseguir dormir ou não reagir mesmo sentindo dor intensa”**, a maioria dos profissionais discordaram em níveis diferentes da sentença. Variando as respostas de ambos os grupos entre “discordo totalmente” e “discordo”, segundo dados da tabela 5.

Tabela 5: Conhecimento da equipe multiprofissional quanto aos aspectos da fisiologia da dor neonatal. Maceió, AL, Brasil, 2020.

Conhecimento dos profissionais sobre aspectos da fisiologia da dor neonatal	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Discordo		Concordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente	
	NM	NS	NM	NS	NM	NS	NM	NS	NM	NS	NM	NS
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
A idade gestacional faz diferença na forma como o bebê expressa a dor.	0	0	4,8	5,3	9,5	5,3	23,8	31,6	28,6	10,5	33,3	47,4
Bebês submetidos a repetidos procedimentos (ex.: punção de calcâneo ou punções intravenosas) devem receber tratamento para a dor para reduzir efeitos adversos em seu desenvolvimento.	0	0	0	0	4,8	0	47,6	19	4,8	14,3	42,9	66,7
Bebês não necessitam de analgésicos devido à imaturidade de seu sistema nervoso.	66,7	63,2	0	0	33,3	31,6	0	0	0	0	0	5,3
Bebês sentem dor assim como os adultos.	10	10	0	10	10	20	35	10	5	5	40	45
Os bebês podem dormir ou não reagir, apesar da dor intensa.	30	9,5	0	9,5	30	33,3	15	9,5	15	19	10	19

Fonte: Autora, 2020.

No referente a descrição das formas de avaliação da dor, quanto ao uso de escalas de dor neonatal, para a maioria das respostas os profissionais concordaram com as perguntas, seja a concordância parcial ou total.

No entanto, destaca-se que quando questionados acerca do “**conhecimento sobre escalas de dor neonatal**” 21,1% dos profissionais de nível médio “discordam parcialmente” quando questionados se possuíam tal conhecimento.

Os profissionais de ambos os grupos concordam em níveis diferentes (42,9% nível médio “concordam” enquanto 47,6% nível superior “concordam totalmente”) que “**a dor em bebês muitas vezes não é reconhecida**” (tabela 6).

Tabela 6: Conhecimento da equipe multiprofissional sobre sinais e comportamentos que influenciam na avaliação da dor neonatal. Maceió, AL, Brasil, 2020.

Conhecimento dos profissionais sobre sinais e comportamentos que influenciam na avaliação da dor neonatal	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Discordo		Concordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente	
	NM	NS	NM	NS	NM	NS	NM	NS	NM	NS	NM	NS
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Sinais vitais nos bebês podem ser interpretados como indicadores de dor.	4,8	0	4,8	5	14,3	0	28,6	20	4,8	15	42,9	60
Choro do bebê pode ser interpretado como um indicador de dor.	0	0	0	0	0	0	25	19	20	4,8	55	76,2
Comportamentos do corpo do bebê (face e movimentos da perna) podem ser interpretados como um indicador de dor.	0	0	0	0	4,8	0	23,8	23,8	23,8	4,8	47,6	71,4
Conheço escalas específicas para avaliação de dor em bebês.	10,5	4,8	21,1	0	10,5	0	10,5	28,6	21,1	38,1	26,3	28,6
Bebês diferem notadamente em suas respostas a dor.	0	0	0	0	5,3	19	42,1	14,3	31,6	14,3	21,1	52,4
A dor em bebês muitas vezes não é reconhecida.	0	0	5	0	20	0	30	42,9	20	9,5	25	47,6

Fonte: Autora, 2020.

Quanto as ações individuais e em equipe realizadas para a avaliação da dor neonatal, quando questionados se **“consideram todas as informações necessárias antes de decidirem o cuidado apropriado para o tratamento da dor”**, os grupos “concordaram totalmente” com a afirmativa (52,4% nível médio e 57,1% nível superior), demonstrado na tabela 7.

Já quando questionados se **“respeitam a opinião de outros profissionais da equipe sobre o cuidado com a dor neonatal, mesmo que diante de opiniões divergentes a sua”**, 9,5% dos profissionais de nível médio e 14,3% dos profissionais de nível superior “discordaram” da sentença (tabela 7).

Na sentença **“Tenho conhecimento suficiente para avaliar a dor no bebê”** houve uma diferença nas respostas dos grupos. No grupo de profissionais do nível médio 52,4% “concordou parcialmente” com a sentença. Já no grupo de nível superior, 33,3% “discordaram” da sentença (tabela 7).

Houve divergências nas respostas à sentença **“Registro rotineiramente as avaliações de dor”** entre os dois grupos. Enquanto 35% do nível superior “discordou” da frase, 40% do nível médio “concordou” com a sentença.

No entanto, na sentença **“Minhas avaliações da dor influenciam no gerenciamento da dor”** ambos os grupos concordaram, mesmo que em níveis diferentes, com a frase, tabela 7.

Tabela 7: Opiniões da equipe multiprofissional quanto à avaliação da dor neonatal. Maceió, AL, Brasil, 2020.

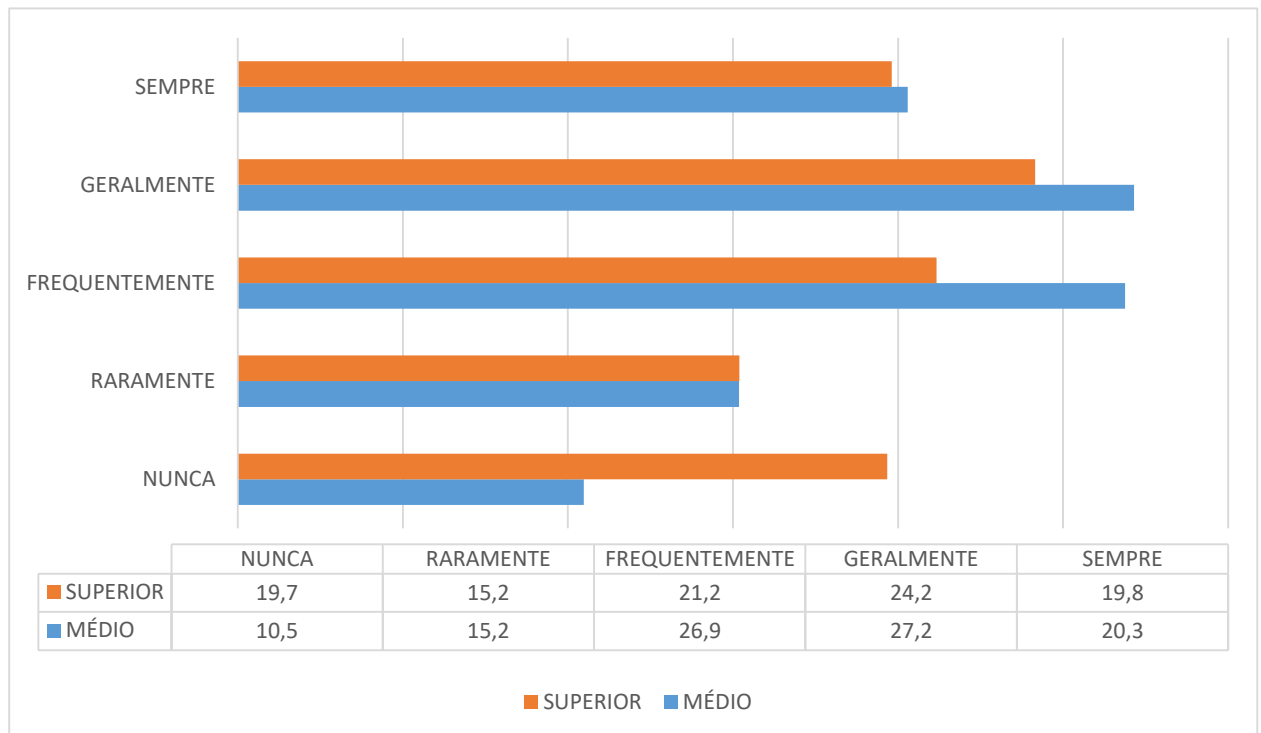
Opiniões da equipe multiprofissional quanto à avaliação da dor neonatal	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Discordo		Concordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente	
	NM	NS	NM	NS	NM	NS	NM	NS	NM	NS	NM	NS
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Eu considero todas as informações necessárias (avaliação, formas de cuidado) antes de decidir o cuidado apropriado para o tratamento da dor.	0	0	0	0	9,5	4,8	38,1	23,8	0	14,3	52,4	57,1
Eu respeito a opinião de outros profissionais (médico, enfermeira, fisioterapeuta, fonoaudiólogo) sobre o cuidado na dor, mesmo que diferentes da minha própria opinião.	0	0	0	0	9,5	14,3	33,3	23,8	23,8	23,8	33,3	38,1
Tenho conhecimento suficiente para avaliar a dor no bebê.	4,8	4,8	4,8	4,8	19	33,3	19	23,8	52,4	9,5	0	23,8
Sou consistente na avaliação da dor em bebês.	0	4,8	0	9,5	19	14,3	42,9	28,6	23,8	19	14,3	23,8
Registro rotineiramente as avaliações de dor.	5	10	10	10	20	35	40	30	15	10	10	5
Preparo adequadamente os bebês para procedimentos dolorosos.	0	5	10	5	25	5	25	30	15	40	25	15
Minhas avaliações da dor influenciam no gerenciamento da dor.	0	0	0	0	20	10,5	20	26,3	15	31,6	45	31,6
Registro de avaliação da dor é importante.	0	0	0	0	9,5	0	19	14,3	0	0	71,4	85,7
Registro de dor resulta em alívio mais efetivo da dor.	0	0	4,8	0	14,3	4,8	19	28,6	14,3	4,8	47,6	61,9
Executo ações coordenadas com a equipe com foco no gerenciamento da dor durante procedimentos invasivos.	0	5	0	0	20	5	25	40	10	15	45	35

Fonte: Autora, 2020.

5.3 Práticas Realizadas nas Estratégias para o Alívio da Dor Neonatal

No tocante às estratégias utilizadas pela equipe para o alívio da dor neonatal, o gráfico 2 apresenta as frequências de respostas dos profissionais para esse bloco de questões.

Gráfico 2: Frequência das respostas dos profissionais quanto às práticas realizadas nas estratégias para o alívio da dor neonatal. Maceió, AL, Brasil, 2020.



Fonte: Autora, 2020.

O gráfico 2 mostra que frente às práticas realizadas pelos profissionais para o alívio da dor neonatal, o comportamento das respostas foi semelhante ao bloco de questões anterior. Houve um predomínio de respostas que assinalaram o item “geralmente” tanto para os profissionais de nível médio (27,2%) quanto para os de nível superior (24,2%).

No referente aos meios de identificação da dor neonatal, ambos os grupos (47,6% nível médio e 57,1% nível superior) marcaram que “geralmente” quanto a **“identificam a dor no RN por meio do choro”**, conforme tabela 8.

Da mesma forma, ocorreu com as respostas referentes à **“identificação da dor através da mímica facial do RN”**, 38,1% dos profissionais de nível médio e 33,3% dos de nível superior afirmaram que “geralmente” identificam uma situação de dor no RN por essa alteração comportamental, dados na tabela 8.

Tabela 8: Meios utilizados pela equipe multiprofissional para identificação da dor neonatal. Maceió, AL, Brasil, 2020.

Meios utilizados pela equipe multiprofissional para identificação da dor neonatal	Nunca		Raramente		Frequentemente		Geralmente		Sempre	
	NM	NS	NM	NS	NM	NS	NM	NS	NM	NS
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Identifico a dor por meio do choro do bebê.	0	0	4,8	4,8	23,8	19	47,6	57,1	23,8	19
Identifico a dor por meio da mímica facial do bebê.	0	0	9,5	0	28,6	28,6	38,1	33,3	23,8	38,1
Identifico a dor por meio da movimentação corporal de braços e pernas do bebê.	0	0	9,5	14,3	38,1	19	19	38,1	33,3	28,6
Identifico a dor por meio de alterações de parâmetros fisiológicos do bebê.	0	0	35	23,8	10	14,3	30	33,3	25	28,6

Fonte: Autora, 2020.

A “**movimentação corporal**” do RN para 38,1% dos profissionais de nível superior “geralmente” é utilizada para a identificação da dor, e para 38,1% dos profissionais de nível médio esse parâmetro comportamental é utilizado “frequentemente” (tabela 8).

Já as “**alterações nos parâmetros fisiológicos do RN**” são utilizadas “geralmente” na identificação da dor para 33,3% dos profissionais de nível superior. Porém para 35% dos profissionais de nível médio essas alterações são utilizadas “raramente”, conforme tabela 8.

Já entre as formas de avaliação da dor neonatal, quanto a “**utilização da mímica facial**” os profissionais de nível médio (42,9%) assinalaram o item “geralmente”. Enquanto que para 33,3% dos de nível superior foi assinalada a opção “frequentemente” (tabela 9).

Do mesmo modo, “**a movimentação e agitação corporal do RN**” foi relatada como parâmetro “geralmente” escolhido para a avaliação da dor por 38,1% dos profissionais de nível médio e “frequentemente” para 38,1% dos de nível superior, tabela 9.

A “**aplicação de escalas para mensuração da dor neonatal**” também foi questionada aos profissionais. Para 40% dos de nível superior esse recurso “nunca” é utilizado para avaliar a dor. Já os profissionais de nível médio apresentaram uma dispersão ao responderem esse item, enquanto 28,6% afirmam que “raramente” utilizam escalas de dor outros 28,6% afirmam que “geralmente” utilizam esse recurso.

A mesma dispersão de frequências de respostas ocorreu com os profissionais de nível superior quando questionados se “**avaliavam a dor neonatal no momento da verificação dos sinais vitais**”, as respostas variaram entre os itens “geralmente” (33,3%) e “sempre” (33,3%). Já para entre os profissionais de nível médio 33,3% afirmaram que “frequentemente” realizam a avaliação nesse momento.

Ao serem questionados se “**registravam no prontuário as manifestações de dor do RN**”, 35% dos profissionais de nível superior afirmaram que “raramente” realizam esse registro. Já os profissionais de nível médio (33,3%) responderam que “frequentemente” fazem esse tipo de registro no prontuário do RN (tabela 9).

Tabela 9: Avaliação da equipe multiprofissional frente à dor neonatal. Maceió, AL, Brasil, 2020.

Avaliação da equipe multiprofissional frente à dor neonatal	Nunca		Raramente		Frequentemente		Geralmente		Sempre	
	NM	NS	NM	NS	NM	NS	NM	NS	NM	NS
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Avalio a dor em bebês por meio do choro.	0	4,8	9,5	9,5	19	33,3	38,1	33,3	33,3	19
Avalio a dor por meio da mímica facial do bebê.	0	0	19	14,3	14,3	33,3	42,9	23,8	23,8	28,6
Avalio a dor por meio da movimentação corporal e agitação do bebê.	0	0	4,8	9,5	28,6	38,1	38,1	23,8	28,6	28,6
Avalio a dor por meio da mensuração dos sinais vitais do bebê.	4,8	9,5	23,8	14,3	23,8	33,3	23,8	14,3	23,8	28,6
Avalio a dor em bebês juntamente com os sinais vitais.	4,8	4,8	9,5	14,3	33,3	14,3	23,8	33,3	28,6	33,3
Utilizo escalas para avaliar a dor em bebês.	14,3	40	28,6	35	14,3	10	28,6	10	14,3	5
Registro no prontuário as manifestações de dor dos bebês.	11,1	10	22,2	35	33,3	20	11,1	20	22,2	15

Fonte: Autora, 2020.

Quanto ao uso de medidas não farmacológicas para o alívio da dor neonatal, os profissionais responderam conforme suas práticas. Na **“utilização da sucção não nutritiva para o alívio da dor no RN submetido a procedimentos potencialmente dolorosos”**, 33,3% dos profissionais de nível médio e 52,4% dos de nível superior responderam que “sempre” utilizam esse método (tabela 10).

O **“aleitamento materno”** foi assinalado por 28,6% dos profissionais de nível superior como um método “geralmente” utilizado com o fim de aliviar a dor e os profissionais de nível médio tiveram respostas que se dispersaram entre “frequentemente” e “geralmente” com 28,6% em ambas, conforme a tabela 10.

Já a **“administração apenas do leite materno”** para 35% os profissionais de nível superior é uma técnica que “nunca” é utilizada para o alívio da dor neonatal em procedimentos potencialmente dolorosos. Enquanto que para 35% dos profissionais de nível médio essa técnica é “geralmente” utilizada (tabela 10).

A **“promoção do contato pele a pele para o alívio da dor”** foi assinalado como uma técnica “frequentemente” utilizada por ambos os grupos (35% nível médio e 40% nível superior).

A **“administração de glicose e sacarose para o alívio da dor”** foi assinalada como “sempre” pelos profissionais de nível superior (42,9%) e os de nível médio dispersaram suas respostas entre “geralmente” e “sempre” com 38,1% em ambas as opções de resposta. Já a **“associação da glicose ou sacarose com a sucção não nutritiva”** foi assinalada como uma técnica “sempre” utilizada pelos grupos (38,1% das respostas em ambos).

A **“promoção do posicionamento adequado do RN para auxiliar no procedimento doloroso”** foi assinalada como uma prática “sempre” realizada pelos grupos (38,1% nível médio e 42,9% nível superior). Já a **“realização da contenção facilitada e do enrolamento como técnicas para o alívio da dor”** foram assinaladas como técnicas “sempre” realizadas pelos profissionais de nível superior (42,9% contenção facilitada e 38,1% enrolamento). Os profissionais de nível médio tiveram suas respostas entre as opções “frequentemente” e “geralmente” para a contenção facilitada e o enrolamento (33,3% e 30%, respectivamente).

Tabela 10: Medidas não farmacológicas realizadas pela equipe multiprofissional para alívio da dor no RN. Maceió, AL, Brasil, 2020.

Medidas não farmacológicas realizadas pela equipe multiprofissional para o alívio da dor no RN	Nunca		Raramente		Frequentemente		Geralmente		Sempre	
	NM	NS	NM	NS	NM	NS	NM	NS	NM	NS
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Utilizo a sucção não nutritiva para o alívio da dor em bebês submetidos a procedimentos potencialmente dolorosos.	9,5	4,8	14,3	4,8	23,8	14,3	19	23,8	33,3	52,4
Promovo o aleitamento materno para o alívio da dor em bebês submetidos a procedimentos potencialmente dolorosos.	4,8	14,3	19	19	28,6	23,8	28,6	28,6	19	14,3
Administro o leite materno para o alívio da dor em bebês submetidos a procedimentos potencialmente dolorosos.	5	35	30	15	20	20	35	10	10	20
Promovo o contato pele a pele para o alívio da dor em bebês submetidos a procedimentos potencialmente dolorosos.	5	10	25	5	35	40	15	25	20	20
Administro a sacarose ou glicose para o alívio da dor em bebês submetidos a procedimentos potencialmente dolorosos.	0	9,5	4,8	4,8	19	19	38,1	23,8	38,1	42,9
Utilizo a sacarose ou glicose associada à sucção não nutritiva para o alívio da dor em bebês submetidos a procedimentos potencialmente dolorosos.	0	14,3	19	4,8	23,8	14,3	19	28,6	38,1	38,1
Promovo o posicionamento adequado do bebê para auxiliar no alívio da dor.	4,8	0	0	4,8	23,8	33,3	33,3	19	38,1	42,9
Realizo a contenção facilitada do bebê durante o procedimento doloroso.	0	4,8	9,5	14,3	33,3	14,3	33,3	23,8	23,8	42,9
Realizo o enrolamento do bebê antes do procedimento doloroso.	0	4,8	15	14,3	30	19	30	23,8	25	38,1

Fonte: Autora, 2020.

Quanto ao uso de medidas farmacológicas para o alívio da dor no RN. O **“uso de EMLA”**, creme de lidocaína e prilocaína com função de anestésico tópico, para a realização de punções, 55% dos profissionais de nível médio e 75% dos profissionais de nível superior assinalaram que “nunca” utilizam esse método (tabela 11).

A **“prescrição e/ou administração de analgésicos opióides (fentanil, morfina, etc.) para o alívio da dor repetida e prolongada do RN”** foi assinalada como um método “nunca” utilizado por 52,4% dos profissionais de nível superior. E 33,3% dos profissionais de nível médio assinalaram que “frequentemente” utilizam esse método.

Já a **“prescrição e/ou administração de analgésicos opióides (fentanil, morfina, etc.), para o RN em ventilação mecânica”**, é um método farmacológico que 50% dos profissionais de nível superior assinalaram “nunca” utilizar na sua prática assistencial. Enquanto que 30% dos profissionais de nível médio responderam que “frequentemente” utilizam (tabela 11).

Já a **“prescrição e/ administração de analgésicos não opióides (paracetamol) para alívio da dor no RN”** foi assinalada como “nunca” utilizada por 42,6% pelo nível superior. Os profissionais de nível médio tiveram respostas que diferiram entre “nunca” e “geralmente” ambos com 28,6% das respostas do grupo.

Os profissionais também foram questionados sobre a **“prescrição e/ou administração específica desses analgésicos não opióides (paracetamol) para o alívio da dor decorrente de procedimentos potencialmente dolorosos no RN”** e ambos os grupos responderam que “nunca” realizam essa prática (28,6% nível médio e 47,6% nível superior).

Quando questionados se **“prescrevem e/ou administram sedativos (midazolam, hidrato de cloral) para o gerenciamento tanto do estresse como da dor no RN”** ambos os grupos tiveram como respostas a opção “nunca” com 33,3% para o gerenciamento do estresse e 38,1% para o gerenciamento da dor para os profissionais nível médio e 61,9% tanto para o gerenciamento do estresse quanto da dor neonatal para o nível superior (tabela 12).

Tabela 11: Medidas farmacológicas utilizadas pela equipe multiprofissional para o alívio da dor neonatal. Maceió, AL, Brasil, 2020.

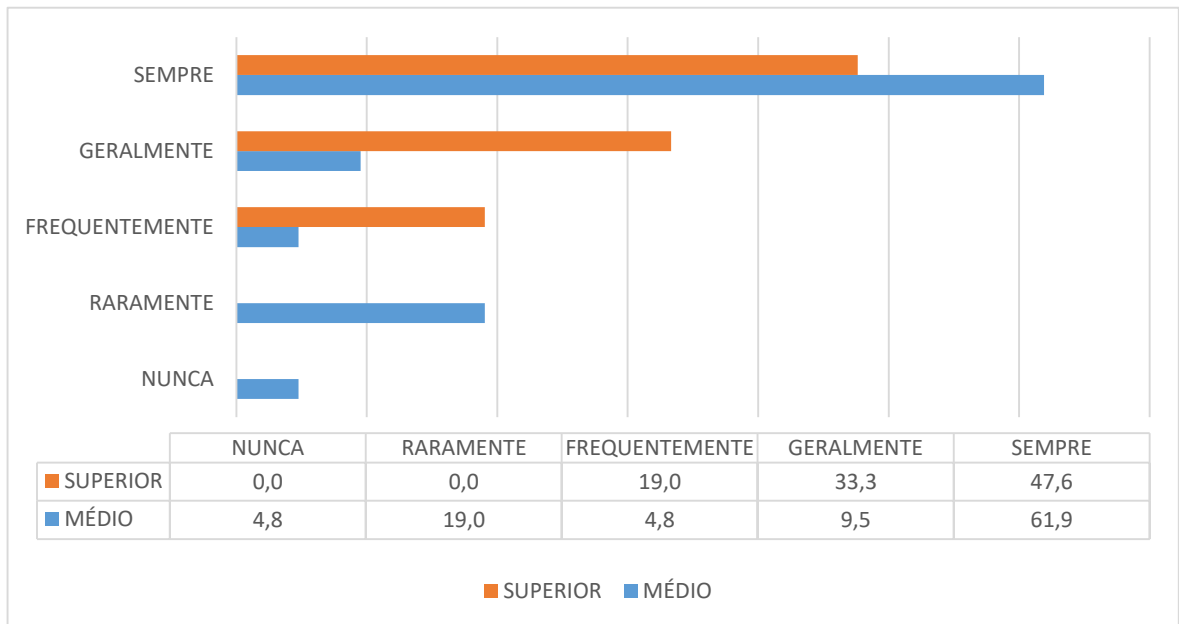
Medidas farmacológicas utilizadas pela equipe multiprofissional para o alívio da dor no RN	Nunca		Raramente		Frequentemente		Geralmente		Sempre	
	NM	NS	NM	NS	NM	NS	NM	NS	NM	NS
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Prescrevo e/ou administro EMLA para alívio da dor em bebês submetidos a punções.	55	75	10	10	20	5	15	10	0	0
Prescrevo e/ou administro analgésicos opioides (fentanil, morfina, etc.) para aliviar a dor repetida e prolongada do recém-nascido.	19	52,4	14,3	14,3	33,3	14,3	19	14,3	14,3	4,8
Prescrevo e/ou administro analgésicos opioides (fentanil, morfina, etc.) para bebê em ventilação mecânica.	25	50	5	10	30	25	25	10	15	5
Prescrevo e/ou administro analgésicos não opioides (paracetamol) para alívio da dor em bebês.	28,6	42,9	4,8	4,8	19	19	23,8	28,6	23,8	4,8
Prescrevo e/ou administro analgésicos não opioides (paracetamol) para alívio da dor decorrente de procedimentos potencialmente dolorosos em bebês.	28,6	47,6	9,5	19	19	19	23,8	9,5	19	4,8
Prescrevo e/ou administro sedativos (midazolam, hidrato de cloral) para gerenciamento do estresse em bebês.	33,3	61,9	14,3	14,3	23,8	9,5	14,3	9,5	14,3	4,8
Prescrevo e/ou administro sedativos (midazolam, hidrato de cloral) para gerenciamento da dor em bebês.	38,1	61,9	14,3	9,5	23,8	19	14,3	9,5	9,5	0

Fonte: Autora, 2020.

5.4 Procedimentos que Potencialmente Causam Dor no RN Durante a sua Realização

O gráfico 3, apresenta a frequência de respostas dos profissionais para o eixo de perguntas quanto a procedimentos e/ou terapêuticas que potencialmente poderiam causar dor no RN durante a sua realização e/ou aplicação.

Gráfico 3: Frequência das respostas dos profissionais quanto aos procedimentos e/ou terapêuticas que podem causar dor. Maceió, AL, Brasil, 2020.



Fonte: Autora, 2020.

No gráfico 3 percebe-se que os profissionais de nível médio em sua maioria (61,9%) e os profissionais de nível superior (47,6%) julgaram que, da lista de procedimentos apresentados (Anexo A), a realização e/ou aplicação desses procedimentos e/ou terapêuticas “sempre” causava dor no RN. A tabela 12 apresenta as frequências de respostas específicas para cada um dos procedimentos que foram listados no questionário para os procedimentos.

Tabela 12: Procedimentos e/ou terapêuticas que causam potencialmente dor ao RN. Maceió, AL, Brasil, 2020.

Procedimentos e/ou terapêuticas	Nunca		Raramente		Frequentemente		Geralmente		Sempre	
	NM	NS	NM	NS	NM	NS	NM	NS	NM	NS
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Injeções/Imunização	4,8	0	0	0	9,5	9,5	28,6	9,5	57,1	81
Coletas sanguíneas	0	0	0	0	9,5	4,8	23,8	14,3	66,7	81
Punção de calcânhar	4,8	0	0	0	9,5	4,8	19	19	66,7	76,2
PICC/AVC	4,8	0	9,5	0	9,5	4,8	9,5	9,5	66,7	85,7
Acessos vasculares	4,8	0	4,8	0	14,3	4,8	9,5	9,5	66,7	85,7
Remoção de fitas adesivas	0	0	10,5	0	21,1	28,6	21,1	19	47,4	52,4
Sondas naso/orogástricas	9,5	4,8	14,3	4,8	19	23,8	23,8	23,8	33,3	42,9
Aspiração de vias aéreas	0	4,8	14,3	4,8	28,6	23,8	19	23,8	38,1	42,9
Dreno de tórax	0	0	4,8	0	14,3	4,8	19	4,8	61,9	90,5
Punção Lombar	5	4,8	0	0	4,8	15	15	0	65	90,5
Exame oftalmológico	5	0	30	25	10	15	20	15	35	45
Cateterismo vesical	4,8	0	23,8	5	9,5	15	19	25	42,9	55
Ventilação mecânica	4,8	0	28,6	4,8	4,8	33,3	23,8	19	38,1	42,9
CPAP	4,8	0	19	0	4,8	19	9,5	33,3	61,9	47,6

Fonte: Autora, 2020.

5.5 Observação da Prática Clínica dos Profissionais na Realização de Procedimentos Dolorosos

Nesta etapa os profissionais foram observados durante a realização da prática clínica no momento de realização de algum procedimento potencialmente doloroso no RN. Para tanto, foram coletados dados do RN que estava recebendo o procedimento e os dados relativos a prática do procedimento conforme a ficha de observação (Anexo B).

Foram observados 32 RN, com prevalência do sexo masculino (65,62%), classificados de acordo com a IG de nascimento como RN termo (37,5%), no momento da observação do procedimento potencialmente doloroso a maioria não estava fazendo o uso de drogas sedativas (75%), e estavam internados na UTIN (71,9%), conforme demonstrado na tabela 13 de caracterização dos RN.

Tabela 13: Caracterização dos RN que receberam procedimentos potencialmente dolorosos quanto ao sexo, classificação segundo IG e sedação. Maceió, AL, Brasil, 2020.

Variável	N(32)	F%
Sexo		
Feminino	11	34,37
Masculino	21	65,62
Classificação do RN		
Grave	3	9,375
Limítrofe	8	25
Moderado	9	28,12
Termo	12	37,5
Sedação		
Sim	8	25
Não	24	75
Unidade de internação		
UCINCo	9	28,1
UTIN	23	71,9

Fonte: Autora, 2020.

Esses RN tiveram uma média de índice APGAR no primeiro minuto de 7 e no quinto minuto de 8, com uma média de 15 dias de internação nas unidades estudadas (tabela 14).

Tabela 14: Média da IG de nascimento, da IG corrigida, do índice APGAR no primeiro e no quinto minuto de vida e dias de internação dos RN. Maceió, AL, Brasil, 2020.

Variável	RN observados	
	Média (dp)	Min-Máx
APGAR 1'	7(2,763)	0-9
APGAR 5'	8(1,600)	2-10
Dias de internação	15(23,194)	1-129

Fonte: Autora, 2020.

Foram observados 33 profissionais, destes 14 eram do nível superior e 19 do nível médio. As perdas durante a etapa de observação se deram por troca de plantões, férias seguidas de licença médica e transferência de profissionais. Uma das profissionais de nível superior durante a observação da sua prática clínica apenas orientou as profissionais residentes durante o procedimento.

Os dados registrados durante a etapa da observação estão demonstrados na tabela 15. Houve uma prevalência de procedimentos não invasivos em ambos os grupos de profissionais (73,7% nível médio e 53,8% nível superior), para a maioria das realizações desses procedimentos não houve a administração de qualquer tipo de analgesia nos dois grupos (84,2% nível médio e 61,5% nível superior).

Para a maioria das oportunidades de observação a dor não foi avaliada em nenhum momento da realização dos procedimentos pelos profissionais de ambos os grupos (68,4% nível médio e 61,5% nível superior), ressalta-se que para esta variável foi observada se a dor era avaliada em algum dos três momentos que envolviam o procedimento: antes, durante e após.

Tabela 15: Dados da observação da prática clínica dos profissionais durante a realização de procedimentos potencialmente dolorosos. Maceió, AL, Brasil, 2020.

Variável	Nível médio	Nível superior
	N(%)	N(%)
Tipo de procedimento		
Invasivo	5(26,3)	6(46,2)
Não invasivo	14(73,7)	7(53,8)
Uso de analgesia		
Sim*	3(15,8)	5(38,5)
Não	16(84,2)	8(61,5)
Avaliação da dor		
Sim	6(31,6)	5(38,5)
Não	13(68,4)	8(61,5)
Utilização de escalas de dor neonatal		
Sim	-	-
Não	19(100)	13(100)
Registro no prontuário		
Sim	-	-
Não	19(100)	13(100)

Fonte: Autora, 2020. *Medidas não farmacológicas observadas: contenção facilitada, glicose oral, colo e sucção não nutritiva.

Em ambos os grupos, os profissionais não aplicaram escalas de dor específica para RN, a avaliação foi realizada de forma empírica, na maioria das vezes, após a realização do procedimento e somente quando ocorria alguma manifestação comportamental do RN indicativa da presença de dor.

Em nenhum dos grupos houve o registro no prontuário das informações relacionadas às medidas utilizadas para o alívio e/ou gerenciamento da dor, registraram-se apenas as informações referentes aos procedimentos realizados.

6 DISCUSSÃO

6.1 A Equipe Multiprofissional e a Problemática da Dor Neonatal

A expressão da sensação dolorosa e o desconforto gerado por sua ocorrência devem ser objetos primários de atenção de quem cuida do RN, em especial aqueles criticamente doentes e que recebem procedimentos potencialmente dolorosos com frequência, por exemplo durante a internação em unidades neonatais (BALDA; GUINSBURG, 2018).

Nesta pesquisa, a equipe de saúde responsável pela prestação de cuidados ao RN teve como características: a prevalência de profissionais de saúde do sexo feminino; com os profissionais de nível superior lotados tanto na UTIN quanto na UCINCo e os profissionais de nível médio em sua maioria lotados na UTIN; e ambos os grupos trabalhavam em regime de plantão.

Ainda com relação a caracterização dos profissionais de saúde participantes, tem-se que as médias de idade (38 anos em ambos os grupos), do tempo de serviço na unidade neonatal (94 meses para o nível médio e 112 meses para o nível superior) e do tempo de formado (15 anos para os dois grupos), corroboram com os achados de pesquisas que caracterizaram profissionais de saúde que trabalham em unidades neonatais (NOTARO et al., 2019; ARAUJO et al., 2015).

Variáveis como o tempo de serviço na unidade neonatal e o tempo de formado desses profissionais têm sido apontados como fatores associados com a melhoria da qualidade da assistência a dor do RN (CHRISTOFFEL et al., 2016). O tempo de serviço na unidade neonatal tem sido de grande importância para o cuidado mais especializado, pois nos últimos anos o governo brasileiro tem investido na melhoria dos recursos tecnológicos e profissional (ARAUJO et al., 2015).

Salienta-se que nesta pesquisa, o tempo de serviço na unidade neonatal foi influenciado pela convocação dos profissionais pelos últimos concursos públicos nas instituições que foram locais de pesquisa, tanto o HUPAA/UFAL/EBSERH quanto a MESM/UNCISAL tiveram seus últimos editais de concurso publicados em 2014.

Além desses fatores a quantidade de vínculos que os profissionais possuem pode impactar diretamente na assistência prestada ao RN, nesta pesquisa 61,9% dos profissionais de nível médio e 80,95% dos profissionais de nível superior possuíam pelo menos mais um vínculo de trabalho.

A elevada carga de trabalho em uma UTIN e/ou UCINCo exige do profissional uma atenção maior pois os pacientes ali internados encontram-se em estado grave ou potencialmente grave.

Quando os profissionais possuem vários vínculos trabalhistas, incorre-se no risco da precarização das condições e relações de trabalho, na multifuncionalidade e na polivalência dos trabalhadores, muito influenciada pelo cansaço do acelerado ritmo de trabalho. O regime de turnos e plantões nos hospitais permite que o profissional acumule vínculos empregatícios, o que gera o fenômeno do multiemprego na saúde influenciado pela menor remuneração salarial (SOUZA et al., 2017).

Outro dado relevante diz respeito a satisfação do trabalhador com as condições de trabalho. Os profissionais de nível médio (47,62%) afirmaram estar satisfeitos com as condições de trabalho. No entanto, os profissionais de nível superior em sua maioria responderam negativamente (61,90%). Esse cenário de insatisfação apontado tem relação com o fato de que essas unidades historicamente sofrem com fatores como a sobrecarga de trabalho e a superlotação.

Pesquisa realizada no Rio de Janeiro, que analisou os sentidos e os limites vivenciados pelos profissionais de uma UTIN em face de seu processo de trabalho, apontou como resultado desses fatores a dificuldade vivenciada pelos profissionais para se afastarem do local devido à sobrecarga de trabalho, até mesmo para fazerem uma pausa ou ir almoçar (SOUZA; FERREIRA, 2010)

De acordo com a portaria de nº 930 de 10 de maio de 2012, as unidades neonatais atuam como um serviço de cuidado integral ao RN grave ou potencialmente grave e, por isso, necessita de estrutura assistencial específica para o atendimento desse público, incluindo recursos humanos especializados (BRASIL, 2012).

Portanto, em meio a esse cenário de cuidados intensivos onde se convive com o limiar da vida e com sobrecarga de trabalho, faz-se necessária a presença de profissionais especializados. Nesta pesquisa, dos profissionais de nível superior participantes 57,14% apresentavam títulos de especialistas na área de neonatologia.

Esse dado revela que o cenário da pós-graduação em neonatologia em Alagoas ainda é pouco acessado pelos profissionais que já estão atuando na área. Em contrapartida, uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro, com objetivo e metodologia semelhantes aos utilizados nesta, foi achada que a maioria (81,81%) das enfermeiras, todos os médicos e todas as fisioterapeutas tinham pós-graduação lato sensu ou estavam cursando pós-graduação stricto sensu na área neonatal (CHRISTOFFEL et al., 2017).

Ressalta-se que profissionais com melhor formação acadêmica podem influenciar positivamente no gerenciamento da dor neonatal, devido a maior oportunidade de conhecer mais sobre os seus aspectos (CHRISTOFFEL et al., 2016). Já o pouco conhecimento sobre os mecanismos da dor neonatal pode impactar no manuseio inadequado gerando consequências para o paciente (MARQUES et al., 2016).

Pesquisa realizada na Austrália, demonstrou que os enfermeiros participantes que tinham uma qualificação de pós-graduação foram mais conscientes da fisiologia da dor e da hipersensibilidade do RNPT a dor e os perigosos efeitos em longo prazo (CAPOLINGUA; GILL, 2018).

Ainda existe um déficit na formação dos profissionais de saúde no tocante as informações recebidas acerca da avaliação e gerenciamento da dor e, portanto, uma dificuldade no reconhecimento dos fatores biológicos, sociais e psicológicos para sua avaliação (SEREZA; DELLAROZA, 2003).

Na tentativa de diminuir o déficit sobre os conhecimentos da dor a IASP desde 1994 instituiu recomendações curriculares. Destacaram-se quatro componentes para o currículo dos cursos de saúde, sendo eles: a natureza multidimensional da dor (mecanismos e conceitos básicos); avaliação da dor; gerenciamento da dor (reabilitação e tratamento interdisciplinar); e condições clínicas (MARQUES et al., 2016).

A participação em capacitações, cursos e treinamentos sobre a dor também influenciam na resolutividade do problema. Nesta pesquisa, 61,90% dos profissionais de nível médio e 76,19% dos de nível superior afirmaram não terem participado de capacitações sobre a dor neonatal nos últimos anos.

Dado este que vai em encontro com a portaria 930/12 em seu artigo 4º e inciso IV que aborda a preocupação do MS em induzir a formação e qualificação de recursos humanos para a atenção ao RN, devendo estas ultrapassarem exclusivamente a preocupação técnica/tecnológica, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais do SUS (BRASIL, 2012).

É apontado que a não participação em capacitações sobre dor podem fazer com que os profissionais não realizem condutas eficazes para o gerenciamento e podendo, muitas vezes, prolongar o sofrimento do paciente (NASCIMENTO et al., 2016).

A capacidade dos profissionais em intervir em pacientes com queixas álgicas é melhorada após a participação em programas de educação permanente e capacitações em serviço. Fazendo com que eles realizem o gerenciamento da dor de forma mais adequada e estruturada (OLIVEIRA et al., 2016).

A importância desse tipo de treinamento com os profissionais, foi demonstrada em uma pesquisa realizada na França, que avaliou o impacto de um programa de treinamento de duas semanas composto por treinamentos curtos (20 min) e repetidos em sessões realizadas na unidade, que demonstrou que após o programa de treinamento, a avaliação da dor "pelo menos uma vez por dia" aumentou 39,0% e a avaliação da dor "pelo menos uma vez por turno" aumentou 21,5% e os efeitos do programa de treinamento foi mantido após 12 meses (CARPENTIER et al., 2018).

6.2 Conhecimento sobre Dor Neonatal e Estratégias para o Cuidado do RN

Estratégias de educação e atualização e promoção da conscientização das diretrizes da prática de avaliação da dor podem aumentar o conhecimento e a conscientização das necessidades específicas de controle da dor do RN (CAPOLINGUA; GILL, 2018).

A educação permanente da equipe é primordial para melhorar o serviço prestado. Principalmente quando se trata da aplicação de escalas de dor neonatal, pois ainda existem dificuldades para a implantação desse recurso avaliativo.

Embora nenhuma escala específica de dor tenha demonstrado sua superioridade como biomarcador confiável e padrão-ouro, ainda é digno de nota que o uso de escalas multidimensionais em RN é o mais adequado, pois avalia respostas comportamentais associadas a respostas fisiológicas à dor, tornando a abordagem o mais abrangente possível, considerando que o relato de dor não pode ser expresso por essa população (MELO et al., 2014).

Nesta pesquisa percebeu-se a existência de um contrassenso entre as respostas do questionário e o que foi observado na etapa da observação clínica da coleta de dados, pois embora os profissionais afirmassem positivamente que conheciam escalas de dor neonatal (28,6% nível médio e 38,1% nível superior), durante a observação da prática assistencial em nenhum dos grupos foi observada a aplicação das escalas.

Ainda durante a observação, foi percebido que, quando foram realizadas, as avaliações de dor neonatal foram feitas de forma empírica e somente mediante a alguma alteração comportamental apresentada pelo RN. Demonstrando a clara necessidade dos profissionais de participarem de treinamentos em serviço que os sensibilizem para uma avaliação da dor neonatal de forma mais sistematizada.

Destaca-se que esse não é um dado encontrado isoladamente apenas nesta pesquisa, ele corrobora com estudos que analisaram o conhecimento dos profissionais sobre a dor neonatal e que demonstraram que, mesmo reconhecendo a existência e conhecendo a aplicação das escalas de dor neonatal, os profissionais ainda não conseguem implementar esse cuidado de forma padronizada (RODRIGUES; SOUZA; WERNECK, 2016; CHRISTOFFEL et al., 2019).

Essas inconsistências no conhecimento sobre a existência e aplicação das escalas sugerem que uma abordagem mais estruturada para avaliação e tratamento da dor é necessária. De fato, rotinas assistenciais que conseguem abordar a dor mostram-se eficazes em trazer padronização para o alívio da dor através de políticas, educação e práticas (CAPOLINGUA; GILL, 2018).

A dificuldade com a aplicação de escalas acontece mesmo em serviços que já têm essa rotina estabelecida. Pesquisa realizada na região Sul do Brasil que objetivou promover um processo de reflexão junto à equipe de enfermagem sobre o manejo do desconforto e da dor em RN. Demonstrou que embora a UTIN cenário da pesquisa já empregasse a rotina do uso de escalas de dor, os profissionais ainda relataram dificuldades quanto a frequência necessária de aplicação e qual o momento adequado para realizar a avaliação da dor (COSTA; CORDEIRO, 2016).

Nesta pesquisa, como mencionado anteriormente, os profissionais utilizaram alguns indicadores para avaliar a dor no RN. Entre os indicadores utilizados estão: os sinais vitais (42,9% nível médio e 60% nível superior); o choro (55% nível médio e 76,2% nível superior); alterações no comportamento sejam eles na mímica facial ou a movimentação dos membros (47,6% nível médio e 71,4% nível superior).

Esse dado corrobora com pesquisa realizada no Rio de Janeiro que descreveu a percepção de fisioterapeutas de unidades neonatais sobre a dor, na qual os profissionais afirmaram reconhecer a dor através da expressão facial (100%), alteração da frequência cardíaca (59%), alteração da frequência respiratória (52%), alteração da SpO₂ (48%) e coloração da pele (44%). Sendo citado pelos profissionais o choro, a movimentação dos membros e a irritabilidade como meios indicativos da presença de dor (GIMENEZ et al., 2020).

Essas dificuldades apontadas destacam a necessidade de implantação de protocolos e rotinas especializadas para o gerenciamento da dor. Durante o período de coleta de dados, em uma das instituições pesquisadas já havia a existência de um protocolo de dor neonatal, porém ainda não havia sido colocado em prática.

Destaca-se novamente que a incorporação da rotina de avaliação da dor requer o treinamento da equipe com o intuito da mesma reconhecer a importância da avaliação da dor no RN (CHRISTOFFEL et al., 2016; BALDA; GUINSBURG, 2018).

Estudo realizado na Espanha, que objetivou descrever as percepções de enfermeiros em unidades neonatais sobre o gerenciamento da dor, perfil educacional e descrever o uso de instrumentos de avaliação da dor e gestão para tratamento, demonstrou que existem poucos guias de prática clínica e/ou protocolos para o gerenciamento da dor neonatal. E que as medidas usadas para controlar a dor durante pequenos procedimentos frequentes ainda eram inapropriadas e raramente implementadas (COLLADOS-GÓMEZ et al., 2018).

Essa falta de aplicação de recursos que possam auxiliar os profissionais a avaliarem a dor, se revela quando, nesta pesquisa, os profissionais afirmaram que a dor no RN não é reconhecida (42,9% nível médio e 47,6% nível superior).

Destaca-se que o não reconhecimento da dor no RN pode acarretar um aumento da morbimortalidade, causando maior sofrimento durante a internação e aumentando a vulnerabilidade do RN com impactos na sua vida futura (BALDA; GUINSBURG, 2018).

Assim, quando questionados, os profissionais concordaram em níveis variados, 47,6% dos profissionais de nível médio assinalaram “concordo” enquanto 66,7% dos de nível superior marcaram “concordo totalmente”, que o RN submetido a repetidos procedimentos devem receber tratamento para a dor para reduzir efeitos adversos em seu desenvolvimento.

Uma vez que a exposição crônica do RN a estímulos dolorosos pode levar a alterações na maturação e organização dos circuitos neurais. Podendo causar em curto prazo a instabilidade fisiológica, e em longo prazo pode acarretar em alterações na microestrutura na substância branca e um desenvolvimento cognitivo alterado (MOULTRIE; SLATER; HARTLEY, 2017).

Há dados epidemiológicos emergentes experimentais em animais e humanos que mostram uma associação entre a exposição ou não à analgesia e o comprometimento do desenvolvimento neurológico. Demonstrando a necessidade de estudos que apontem para novas modalidades de tratamento incluindo estratégias não farmacológicas e farmacológicas (ALLEGAERT; ANKER, 2016).

6.3 Fatores Neonatais Relevantes no Contexto da Dor

No quesito sobre a influência da IG na forma como o RN expressa a sua dor, as respostas foram que 33,3% do nível médio e 47,4% do nível superior concordaram com a questão. Este dado corrobora com o fato de que as vias de modulação e inibição de dor no RN ainda se encontram imaturas, seja no RNPT como no RNT. Portanto, a exposição a dor no RN não é acompanhada de uma correta inibição endógena para a sensação dolorosa (ELIAS et al., 2016).

Pois o RN apresenta as devidas condições anatômicas, neuroquímicas e funcionais para a percepção, integração e resposta aos estímulos dolorosos. Porém, devido a essa imaturidade das vias inibitórias, e da capacidade de modulação da via nociceptiva ainda se encontrar limitada, existe uma dificuldade na inibição da aferência do estímulo doloroso (BALDA; GUINSBURG, 2018).

Esse desvendar da fisiologia da dor no RN é de suma importância para os profissionais que estão diretamente ligados aos cuidados nas unidades neonatais. Quando questionados se o RN não necessitava de analgésicos devido a imaturidade do sistema nervoso, os profissionais responderam que discordavam totalmente do item (66,7% nível médio e 63,2% nível superior).

Corroborando com pesquisa realizada no Rio de Janeiro que aplicou questionário semelhante com os profissionais de uma UTIN, na qual 42,8% dos auxiliares/técnicos, 72,7% dos enfermeiros, 55% dos médicos e 50% dos fisioterapeutas também discordaram totalmente da afirmativa (CHRISTOFFEL et al., 2016).

Ainda sobre aspectos da fisiologia da dor neonatal, os profissionais responderam que concordam totalmente que o RN sente dor como o adulto (40% nível médio e 45% nível superior). Em sua pesquisa, Gimenez e colaboradores (2020) demonstraram que 26% (n=27) dos profissionais também acreditavam que o RN consegue sentir dor na mesma magnitude que o adulto.

No entanto, salienta-se que existem diferenças entre o processo de nocicepção do adulto e de um RN, em especial quando compara-se o adulto com o RNPT. A combinação entre os limiares mais baixos de dor e o sistema inibitório ainda imaturo resultam em uma hipersensibilidade à dor. Além disso, sabe-se que o padrão temporal de sensação a um estímulo doloroso é maior no RN devido a transmissão do impulso nervoso mais lenta causada pela menor quantidade de bainha de mielina nos neurônios (FITZGERALD, 2015; CARPENTIER et al., 2018).

Quando questionados sobre a possibilidade de o RN conseguir dormir apesar da dor, os profissionais responderam que discordavam do item (30% nível médio e 33,3% nível superior). Entretanto, sabe-se que o RN após sofrer estímulos dolorosos de forma repetitiva acaba por desenvolver uma percepção aumentada à dor e pode entrar em estado de apatia ao longo do tempo, que ocorre como forma de conservação de energia, não externalizando os sinais clássicos de dor (CAPOLINGUA; GILL, 2018).

Pesquisa realizada no Canadá, que buscou examinar efeitos de fatores organizacionais sobre os cuidados da dor de forma colaborativa e baseados em evidências pelos enfermeiros, demonstrou que há uma ligação entre a capacidade do RN em expressar a dor e a capacidade do cuidador de avaliar a dor (LATIMER et al., 2009).

No item referente ao “registro rotineiro da avaliação da dor”, os profissionais de nível médio (40%) assinalaram que concordam quanto a rotina de realizar esse registro, enquanto os profissionais de nível superior (35%) discordaram do item. No entanto, quando perguntados se o registro da dor é importante, 71,4% dos profissionais de nível médio e 85,7% dos profissionais de nível superior concordaram totalmente com item.

A precarização das anotações e registros de dor é levantada como barreira para a avaliação da dor pelos profissionais. Esse problema muitas vezes ocorre devido ao desconhecimento sobre o tema, o que acaba fragilizando o registro e levando a uma desmotivação do profissional em realizá-lo (CHRISTOFFEL et al., 2019).

Salienta-se, também, que em pesquisa realizada em São Paulo determinou a frequência de dor e verificou as medidas realizadas para seu alívio durante os sete primeiros dias de internação na UTIN, bem como identificou o tipo e frequência de procedimentos invasivos aos quais os RN foram submetidos, teve como um dos seus resultados que em apenas 32,5% dos registros de dor resultaram na realização de condutas para seu alívio (SPOSITO et al., 2017).

Entre as condutas utilizadas para o alívio da dor neonatal, estão as medidas não farmacológicas. Estas medidas são assim classificadas pois são tratamentos contextuais, psicológicos e estratégias comportamentais, que não fazem uso de efeitos causados pela ação de drogas (PILLAI RIDDELL et al., 2012).

Os profissionais nesta pesquisa relataram “sempre” fazer uso da sucção não nutritiva (33,3% nível médio e 52,4% nível superior); da administração de sacarose ou glicose (38,1% nível médio e 42,9% nível superior); da utilização conjunta da sacarose ou glicose com a sucção não nutritiva (38,1% em ambos os grupos); e do posicionamento correto do RN (38,1% nível médio e 42,9% nível superior).

Foi também relatado que “geralmente” é utilizado o aleitamento materno (28,6% em ambos os grupos); a administração de leite materno (35% nível médio utilizam geralmente, enquanto 35% nível superior nunca utilizam essa técnica); e o enrolamento por 30% dos profissionais de nível médio, enquanto é sempre utilizado por 38,1% dos profissionais de nível superior.

Já o contato pele a pele é “frequentemente” utilizado por 35% dos profissionais de nível médio e 40% de nível superior. Assim como a contenção facilitada por 33,3% dos profissionais de nível médio e sempre por 42,9% dos profissionais de nível superior.

Esses dados concordam com os dados da pesquisa de Sposito e colaboradores (2017) na qual foram utilizadas a sucção não nutritiva de posicionamento ventral e forma mais frequente (5; 24%), seguidas por enrolamento (3; 14%), conforto e toque (2; 9%), posicionamento canguru, aconchego com cobertor, acalento e oferecer colo (1; 5%).

Com relação às medidas farmacológicas para o alívio da dor neonatal, os participantes responderam que “nunca” (55% nível médio e 75% nível superior) prescrevem e/ou administram EMLA (creme de lidocaína e prilocaína com função de anestésico tópico) para o alívio da dor em RN submetido a punções.

Essas respostas corroboram com o que a literatura aborda sobre o uso do EMLA no RN. Apesar dos efeitos analgésicos provocados pela aplicação do EMLA, essa substância ainda é pouco utilizada para aliviar a dor no RN durante procedimentos de rotina como punções, coleta sanguínea e aspiração das vias aéreas superiores. Pois, seu efeito analgésico demora de 60 a 90 minutos para acontecer e sua aplicação pode causar vasoconstrição na área dificultando a realização de punções, além disso quando comparados com os efeitos de métodos não farmacológicas seus resultados podem ser inferiores (MORAES, 2017; MELO, 2019).

Já entre os fármacos sistêmicos utilizados para o tratamento da dor neonatal, os profissionais responderam quanto à prescrição e/ou administração de opióides (fentanil, morfina, etc.) para o alívio da dor repetida e prolongada, 33,3% nível médio afirmaram que frequentemente administram essa classe de fármacos. Porém, 52,4% dos profissionais de nível superior afirmaram que nunca prescrevem e/ou administram esses medicamentos.

Da mesma forma, quando questionados sobre a prescrição e/ou administração de opioides (fentanil, morfina, etc.) para o RN em ventilação mecânica, 30% dos profissionais de nível médio responderam “frequentemente”, e 50% dos profissionais de nível superior responderam “nunca”.

As respostas negativas dos profissionais de nível superior concordam com um estudo realizado na Austrália, que identificou as práticas, conhecimentos e atitudes auto referidos por 86 enfermeiras neonatais em relação a prematuros na avaliação e tratamento da dor, no qual 22 enfermeiras relataram que não havia motivo para a analgesia por medicamentos; 27 relataram as contraindicações da analgesia, como a depressão respiratória ou a sedação e a toxicidade analgésica; e 11 relataram que a analgesia pode ser utilizada somente em situações de emergência como a ressuscitação ou a extubação acidental; sendo relatado também “problemas com a retirada do bebê da analgesia, como Síndrome de Abstinência Neonatal” e “porque a equipe médica não concorda com o uso de analgesia” (CAPOLINGUA; GILL, 2018).

Em geral, o uso de métodos farmacológicos para o alívio da dor tem sido propagado em casos onde o RN está fazendo uso de alguma terapêutica mais invasiva, como comprovado por um estudo realizado no Brasil que demonstrou significância estatística na relação entre ventilação mecânica e uso de analgésico ou sedativo contínuo ($p < 0,001$), e observou-se que o RN que estava sendo ventilado mecanicamente apresentou 6,1 vezes mais chance de receber analgesia contínua e 1,8 vezes mais chance de receber analgesia ou sedação, sob regime, Se Necessário (SN) ou A Critério Médico (ACM) (SPOSITO et al., 2017).

O uso de fármacos não opioides como o paracetamol também foi questionado aos profissionais. Dos profissionais de nível médio, a maioria (23,8%) relatou administrar essa classe de medicamentos “sempre” para o alívio da dor no RN e 23,8% relataram administrar “geralmente” para a dor decorrente de procedimentos potencialmente doloroso no RN. No entanto, entre os profissionais de nível superior 41,9% relataram “nunca” administrar e/ou prescrever esses medicamentos para o alívio da dor e 47,6% relataram “nunca” para o alívio da dor decorrente de procedimentos potencialmente dolorosos.

Dado diferente foi encontrado em pesquisa semelhante no Rio de Janeiro, na qual o uso de paracetamol foi citado pela minoria dos profissionais de nível médio (28,57%), porém entre os profissionais de nível superior houve uma concordância entre os dados, pois a maioria dos profissionais de nível superior assinalaram “nunca” ou “raramente” quando questionados (CHRISTOFFEL et al., 2017).

Já o uso de sedativos (midazolam, hidrato de cloral) tanto para o gerenciamento do estresse como da dor no RN obtiveram como resposta o item “nunca” para as duas questões nos dois grupos de profissionais.

Dado que difere de um estudo realizado em São Paulo que apontou que o midazolam, e o hidrato de cloral ficaram entre os fármacos mais prescritos para o alívio da dor no RN com frequências, respectivamente, de 31,8 e 20,4%. Já com relação a administração o hidrato de cloral aparece com 65,6% dos casos de uso de sedativos (SPOSITO et al., 2017).

Destaca-se que quando se trata da utilização de analgésicos, uma barreira frequentemente citada para a sua aplicação no público neonatal é a apreensão relatada de médicos para prescrever a medicação. Os médicos desempenham um papel vital no controle da dor e as preocupações sobre os efeitos colaterais indesejados da analgesia podem resultar em prescrição pouco frequente. Outra questão apontada é a rara avaliação por parte dos médicos da dor no RN. Além disso, a avaliação limitada e a pouca documentação sobre a dor resultam em médicos desconhecendo a questão (CAPOLINGUA; GILL, 2018).

No bloco de perguntas sobre os procedimentos que os profissionais julgavam mais dolorosos para o RN, a maioria dos profissionais dos dois grupos julgaram que os procedimentos: injeções/imunização (57,1% / 81%); coletas sanguíneas (66,7% / 81%); punção de calcanhar (66,7% / 76,2%); PICC/AVC (66,7% / 85,7%); acessos vasculares (66,7% / 85,7%); remoção de fitas adesivas (47,4% / 52,4%); sondas naso/orogástricas (33,3% / 42,9%); aspiração de vias aéreas (38,1% / 42,9%); dreno de tórax (61,9% / 90,5%); punção lombar (65% / 90,5%); exame oftalmológico (35% / 45%); cateterismo vesical (42,9% / 55%); ventilação mecânica (38,1% / 42,9%); e CPAP (61,9% / 47,6%), “sempre” causavam dor no RN.

Dados que corroboram com pesquisa realizada no Paraná que objetivou, entre outros, identificar os procedimentos considerados dolorosos e estressantes pela equipe multiprofissional de uma UTIN, no qual todos os 65 (100%) profissionais participantes julgaram a retirada de adesivos, a punção venosa, a punção arterial, a punção lombar, a inserção de flebotomia e a drenagem torácica como procedimentos dolorosos (MORAES; FREIRE, 2019).

Sabe-se que os procedimentos dolorosos agudos são uma importante fonte de sofrimento nesse público e podem ter consequências a longo prazo sobre o comportamento, a memória, a percepção da dor e impactos sobre o desenvolvimento dessas crianças (OLIVEIRA; GASPARDO; LINHARES, 2017).

Há comprovação de que a dor do RN, medida pelo número de procedimentos de quebra de pele, levou à diminuição do peso corporal e da circunferência da cabeça

percentis com 32 semanas pós-concepção. Isto pode estar relacionado com a liberação de hormônios do estresse, por exemplo, cortisol, seguindo procedimentos invasivos repetidos (FIELD, 2017).

6.4 Observação da Prática Clínica Assistencial ao Recém-Nascido Durante Procedimentos Dolorosos

Com relação aos dados da observação da prática assistencial dos profissionais, foram observados 32 RN, com predominância do sexo masculino (65,62%), a maioria era classificada como RNT (37,5%), sem uso de drogas sedativas (75%), e encontrados internados na UTIN (71,9%). A média do índice APGAR no primeiro minuto foi de 7, e no quinto minuto foi 8, e com uma média 15 dias de internação.

Sabe-se que entre os procedimentos potencialmente dolorosos não invasivos mais frequentes na UTIN estão a retirada de fitas adesivas/esparadrapo, a manipulação excessiva, a troca de curativos, o toque brusco, posicionamento desconfortável, instalação de sensores de monitoramento, a troca de fraldas, o toque durante a higienização do coto umbilical e a manipulação durante a administração da dieta por sonda (BRANDÃO et al., 2017).

Durante a observação da prática clínica dos profissionais houve a predominância de procedimentos do tipo não invasivo nos dois grupos (73,7% nível médio e 53,8% nível superior). Esses procedimentos não invasivos observados foram: troca de fralda, fisioterapia motora, remoção de adesivos (micropore, esparadrapos, eletrodos, curativo transparente), colocação de pronga, exame físico, reposicionamento no leito, banho no leito.

Em uma revisão de literatura com elementos de revisão integrativa com objetivo de identificar os procedimentos que influenciam no agravo da dor e no estresse sofrido pelos RN em UTIN, foi apontado que 100% dos estudos destacam a retirada de fita/esparadrapo como o procedimento não invasivo mais agressivo; 66,66% citam a manipulação excessiva; e em 33,33% dos estudos é citado o toque brusco no RN, durante a reposicionamento no leito, instalação de sensores, troca de fraldas, higienização de coto umbilical e alimentação por sonda (BRANDÃO et al., 2017).

Foi observado nesta pesquisa que os profissionais de nível superior realizaram a maioria dos procedimentos invasivos (46,2%), dentre os procedimentos invasivos observados estão: a aspiração oral ou nasal, administração de medicamentos endovenoso,

sondagem gástrica ou enteral, realização de curativo, inserção/retirada de Cateter Central de Inserção Periférica (PICC), punção de calcâneo, inserção de cateter venoso (dissecção venosa).

Estudo realizado por Sposito e colaboradores (2017) apontou como procedimentos mais realizados durante seu período de coleta de dados, o mais frequente foi a punção de calcâneo (1.702; 36,1%), seguida pela aspiração de vias aéreas (1.240; 26,3%), punção venosa para coleta de exames (426; 9%) e punção venosa para cateterização periférica (344; 7,2%).

Dentre todos os procedimentos observados nesta pesquisa a maioria não contou com a utilização de qualquer tipo de analgesia para a sua realização (84,2% nível médio e 61,5% nível superior). Como a predominância de procedimentos que foram observados foi de procedimentos não invasivos, a falta de aplicação de analgesia pode ser justificada pois muitas vezes o uso de analgesia em procedimentos fica mais restrita a procedimentos mais invasivos, apresentando taxas superiores a 70% em pesquisas recentes (MORAES; FREIRE, 2019).

Entretanto, em alguns momentos os profissionais administraram algumas medidas analgésicas ao final dos procedimentos, dando preferência para as medidas não farmacológicas. Dentre elas: a contenção facilitada, a administração de glicose oral, o colo e a sucção não nutritiva (utilizada de forma individual ou associada a glicose oral). Essas intervenções não farmacológicas são recomendadas para o alívio da dor leve e moderada. Porém, destaca-se que além dessas medidas não farmacológicas, a literatura aponta que há uma melhora nos escores de dor quando ocorre uma redução de estímulos nocivos, como o toque brusco, luzes brilhantes e o ruído excessivo (CARTER; BRUNKHORST, 2017).

Além de reconhecidamente efetivas como medidas isoladas ou coadjuvantes no tratamento farmacológico, os métodos não farmacológicos para o alívio da dor consistem em um campo de atuação com grande potencial para a enfermagem. No entanto, a enfermagem ainda apresenta grandes dificuldades para se apropriar desse campo. Entre as razões para que isso ocorra estão as relações de trabalho hierarquizadas, cuidado baseado em preferências pessoais, complexidades relacionadas ao paciente e cultura organizacional (SPOSITO et al., 2017).

Embora a prática atual exija avaliações da dor antes, durante e após procedimentos invasivos (FIELD, 2017). Durante a observação foi visto que a avaliação da dor foi

realizada de forma não sistemática pelos profissionais e que na maioria dos procedimentos ela não foi realizada (68,4% nível médio e 61,5% nível superior).

Portanto, não houve uma estruturação da avaliação da dor neonatal, a avaliação foi realizada a medida que o RN conseguia esboçar alguma alteração, seja ela fisiológica ou comportamental. Esta última, no entanto, foi a mais utilizada pelos profissionais para julgar a presença ou não de dor no RN após o procedimento.

Salienta-se que o ato de avaliar a dor neonatal em quaisquer dos momentos do procedimento (antes, durante e após sua realização) é uma ferramenta fundamental para os profissionais com o intuito de minimizar os efeitos deletérios da dor em curto, médio e longo prazo (BALDA; GUINSBURG, 2018).

Apesar da avaliação da dor ser realizada pelos profissionais desta pesquisa de forma não sistematizada, em nenhuma das oportunidades de observação da pesquisadora principal foi observada a adoção de escalas de dor neonatal em ambos os grupos de profissionais.

A falta de padronização e de protocolos que levem os profissionais a aplicarem a escala de dor em momentos predeterminados foi uma barreira institucional para a avaliação e o tratamento da dor neonatal em pesquisa com profissionais de uma UTIN no Rio de Janeiro (CHRISTOFFEL et al., 2019).

A falta de protocolos específicos para o alívio da dor neonatal foi uma realidade apontada por uma pesquisa realizada no Paraná, na qual a UTIN pesquisada também não possui protocolo para gerenciar a dor e o estresse neonatal e não havia padronização para o uso de estratégias de alívio da dor neonatal (MORAES; FREIRE, 2019).

Assim, faz-se necessário que os profissionais utilizem a avaliação da dor para adoção de condutas, além da elaboração de estratégias de educação permanente sobre dor neonatal, e sensibilização quanto à importância do registro das atividades realizadas (SPOSITO et al., 2017).

Observou-se que não houve registros nos prontuários de nenhum RN sobre as informações relacionadas às medidas utilizadas para o alívio e/ou gerenciamento da dor. Os dois grupos de profissionais observados realizaram apenas o registro do procedimento nos prontuários. Existindo assim uma lacuna nos registros da assistência prestada ao RN durante sua passagem pela unidade neonatal.

Essa realidade de registros precários quanto às medidas de alívio e/ou gerenciamento da dor é mais perceptível quando se trata do registro de medidas não farmacológicas, como mostra estudo realizado em São Paulo, na qual também não foram

encontrados nenhum registro dessas medidas e para as medidas farmacológicas, para mais de 96% do total de procedimentos analisados também não foram encontrados registros (SPOSITO et al., 2017).

Fica evidente que mesmo com todos os avanços, leis e estudos que comprovam os efeitos que a experiência da internação prolongada e a exposição repetida a procedimentos dolorosos podem causar, ainda existe a necessidade de maior empenho do Estado, instituições hospitalares e profissionais para garantir a efetivação dos direitos já instituídos. Salienta-se, mais uma vez, o papel do profissional enfermeiro como líder da equipe na garantia e cumprimento dos direitos do RN hospitalizado (MARTINEZ et al., 2017).

Embora seja claro que ainda não existe um padrão ouro para avaliar a dor neonatal, é de suma importância que os profissionais responsáveis pelo cuidado neonatal estejam atentos para o uso de escalas e para o registro dos seus achados e do cuidado prestado ao RN. Visto que a percepção da dor é uma qualidade que é inerente à vida e uma abordagem preventiva, diagnóstica e terapêutica da dor exige da equipe uma apropriação de conceitos fisiológicos e a utilização de ferramentas validadas (BALDA; GUINSBURG, 2018).

Porém, ainda existem lacunas que impedem a realização do correto gerenciamento da dor neonatal. Aponta-se como fatores para isso a dificuldade na compreensão dos mecanismos neurobiológicos que se referem ao processo de nocicepção e do desenvolvimento somatossensorial, a resposta que o RN pode ter mediante a estímulos potencialmente dolorosos, e quais as formas de avaliação da dor e quais as medidas não farmacológicas e farmacológicas para seu alívio (CHRISTOFFEL et al., 2019).

Assim, há a necessidade urgente de uma preparação educacional para impactar no conhecimento da hipersensibilidade dos RN à dor, alterações fisiológicas que podem ser apresentadas pelo RN durante a sensação dolorosa e as alterações comportamentais (CAPOLINGUA; GILL, 2018).

Pois, a problemática da documentação não sistemática e opiniões variadas sobre a avaliação da dor, impactam diretamente no gerenciamento da dor neonatal. E essa questão pode ser atribuída a diferenças no conhecimento dos profissionais, atitudes e interpretação da dor.

7 CONCLUSÃO

Nesta pesquisa foi possível avaliar através da aplicação de questionário a profissionais da equipe multiprofissional responsáveis pela realização de procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos, o conhecimento que os mesmos apresentavam sobre a dor neonatal.

O gerenciamento da dor neonatal embora seja um tema de grande relevância para a literatura específica, e apresentar um grande número de produções por parte dos pesquisadores. Ainda é uma meta pouco atingível na prática clínica, muitas vezes esse é resultado do pouco acesso por parte dos profissionais a estudos realizados com rigor metodológico e que geram evidências.

Os profissionais participantes apresentaram características semelhantes quanto aos dados de caracterização, com predominância do gênero feminino, estado civil casado, foram categorizados em grupos de acordo com a formação acadêmica. E apresentaram idades e tempo de formados semelhantes entre os grupos.

Assim, como os recém-nascidos que foram observados os quais apresentaram como características serem em sua maioria do sexo masculino, termos, internados na UTIN, que não faziam uso de sedativos, com uma média de 15 dias de internação.

Foi visto que apesar de entenderem a necessidade do cuidado com vistas ao gerenciamento da dor neonatal durante os procedimentos, os profissionais ainda apresentam lacunas no conhecimento. Essas lacunas vão desde conceitos básicos da fisiologia da dor, às características específicas da dor no período neonatal; como também, na dificuldade apresentada em reconhecer escalas específicas de dor neonatal e na realização de registros sobre as intervenções realizadas para o gerenciamento da dor.

Foi observado que a avaliação da dor neonatal realizada pelos profissionais ocorreu de forma não sistemática e aconteceu somente após a realização do procedimento, ocorrendo de forma empírica e somente quando havia a presença de indicadores como o choro, alterações na mímica facial e a movimentação do RN.

Dentre as ações individuais e em equipe realizadas pelos profissionais para a avaliação da dor neonatal, destacam-se as ações que envolvem o registro das atividades. Pois houve um contrassenso entre o que foi assinalado pelos profissionais no questionário e o que foi observado na prática clínica.

Os procedimentos apresentados a equipe pelo questionário aplicado, foi julgado que todos eles causavam dor quando realizados. Destaca-se que dentre os procedimentos listados estavam procedimentos invasivos e não invasivos. No entanto, mesmo

assinhalando no questionário que os procedimentos não invasivos também causavam dor, durante a observação os profissionais realizaram tais procedimentos sem qualquer uso de analgesia para auxiliar o RN a passar pelo procedimento.

Os profissionais diante das demonstrações de dor do RN fizeram uso de medidas não farmacológicas para aliviar a dor. No entanto, essas medidas foram utilizadas em poucas vezes e apenas diante de alterações indicativas de dor. Com uso limitado para o momento após a realização do procedimento. Não foram observadas o uso de medidas analgésicas, sejam elas farmacológicas ou não, durante os procedimentos.

Foram identificadas como medidas não farmacológicas utilizadas na prática clínica pela equipe a sucção não-nutritiva, a administração de glicose oral e a associação dessas duas técnicas, a realização da contenção facilitada, do acalento com o colo. Não foram observadas a administração de medidas farmacológicas para o gerenciamento da dor neonatal em procedimentos invasivos.

Não houve registro nos prontuários dos RN sobre as informações relacionadas às medidas para o alívio e gerenciamento da dor neonatal foram registradas apenas as informações referentes aos procedimentos. Revelando uma lacuna no cuidado ao RN, na qual a visão do profissional ainda é que as medidas de gerenciamento da dor estão separadas das informações do procedimento.

Portanto, faz-se urgente a realização de estudos que busquem realizar capacitações em serviço que sensibilizem os profissionais a realizarem medidas para o gerenciamento da dor. Além de ser necessária a realização de novos estudos que visem a criação, validação e aplicação de protocolos de gerenciamento de dor e estresse do RN nas instituições pesquisadas, assim como estudos que busquem por meios de avaliar a dor do RN de forma mais objetiva, com evidências que embasem sua aplicação prática na assistência.

REFERÊNCIAS

AAP. Committee on Fetus and Newborn and Section on Anesthesiology and Pain Medicine. Prevention and Management of Procedural Pain in the Neonate: An Update. **Pediatrics**, v. 137, n. 2, p. e20154271, 2016. Disponível em: <<https://pediatrics.aappublications.org/content/137/2/e20154271>>. Acesso em: 04 jan 2020.

ALLEGAERT, K.; ANKER, J.N.. Neonatal pain management: still in search of the Holy Grail. **International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics**, v. 54, n. 7, p. 514-523, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5012190/>>. Acesso em 03 jan 2020.

ALMEIDA, H.C.C.; CANDIDO, L.K.; HARRISON, D.; BUENO, M.. Be Sweet to Babies: evaluation of an instructional video on neonatal pain management by nurses. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 52, e03313, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100430&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2020.

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: <https://www.researchgate.net/profile/juliana_miranda9/publication/282437307_dor_em_recem-nascidos_identificacao_avaliacao_e_intervencoes/links/5ae72fb3a6fdcc5b33eb8c76/dor-em-recem-nascidos-identificacao-avaliacao-e-intervencoes.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

BALDA, R.C.X.; GUINSBURG, R.. **A Linguagem da Dor no Recém-Nascido**. Documento Científico do Departamento de Neonatologia Sociedade Brasileira de Pediatria. Dezembro de 2018, p. 17. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/DocCient-Neonatal-Linguagem_da_Dor_atualizDEz18.pdf>. Acesso em 03 jan 2020.

BONUTTI, D.P.. Dimensioning of painful procedures and interventions for acute pain relief in premature infants. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2017; 25:e2917. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2917.pdf>>. Acesso em: 04 jan 2020.

BARROS, M.M.A.; LUIZ, B.V.S.; MATHIAS, C.V.. A dor como quinto sinal vital: práticas e desafios do enfermeiro em uma unidade de terapia. **BrJP**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 232-236, Set. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2595-31922019000300232&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRANDÃO, A.P.M. et al.. Humanização da Assistência de Enfermagem Frente a Dor e ao Estresse do Recém-Nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Uma Revisão de Literatura. **Revista Científica FacMais**, v. VIII, n.1., fev-mar 2017. Disponível em: <<http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2017/04/7-humaniza%3%87%c3%83o-da-assist%c3%8ancia-de-enfermagem-frente-a-dor-e-ao-estresse-do-rec%c3%89m-nascido-em-unidade-de-terapia-intensiva-neonatal-uma-revis%c3%83o-de-literatura.pdf>>. Acesso em: 10 jan 2020.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução n. 41, de 13 de outubro de 1995: dispõe sobre os direitos da criança e do adolescente hospitalizados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 out. 1995. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/conanda.htm>>. Acesso em: 06 jan 2020.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 17, de 16 de abril de 2010. Dispõe sobre as Boas Práticas de Fabricação de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 abr 2010. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/res0017_16_04_2010.pdf/b9a8a293-f04c-45d1-ad4c-19e3e8bee9fa>. Acesso em: 17 jun 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf>. Acesso em 05 jan 2020.

_____. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 mai 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html>. Acesso em: 10 jan 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_orientacoes_metodo_canguru.pdf>. Acesso em: 06 jan 2020.

CAPOLINGUA, M.; GILL, F.J.. Neonatal nurses' self-reported practices, knowledge and attitudes toward premature infant pain assessment and management. **Journal of Neonatal Nursing**, p. 1-7, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jnn.2018.03.002>>. Acesso em: 06 jan 2020.

CARBAJAL, R. et al.. Epidemiology and Treatment of Painful Procedures in Neonates in Intensive Care Units. **JAMA**, v. 300, n. 1, p. 60-70, 2008. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/182152>>. Acesso em: 08 JUN 2018.

CARPENTIER, E. et al.. Training program for pain assessment in the newborn. **Archives de Pédiatrie**, v. 25, p. 35-38, 2018. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X17304761?via%3Dihub>>. Acesso em: 08 jan 2020.

CARTER, B.S.; BRUNKHORST, J.. Neonatal pain management. **Seminars in perinatology**, v. 41, p. 111-116, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28131321>>. Acesso em 06 jan 2020.

CHARPAK, N. et al.. Twenty-year Follow-up of Kangaroo Mother Care Versus Traditional Care. **Pediatrics**, v.139, n. 1, p. 1-10, Dec, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27965377>>. Acesso em: 06 jan 2020.

CHACUR, M. **Introdução à Fisiopatologia da Dor. Histórico da dor e conceitos**. 62 slides. Material apresentado para a disciplina Educação Continuada em Fisiopatologia e Terapêutica da Dor. Disponível em: <https://www.anestesiologiausp.com.br/wp-content/uploads/23_04_2014_Aula-de-Introdu%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-Fisiopatologia-da-Dor.pdf>. Acesso em: 10 jan 2020.

COFEN. Parecer nº 07/2014/COFEN/CTLN. Conclui sobre as atribuições de técnicos e auxiliares de enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/parecer-n-072014cofenctl_n_50330.html>. Acesso em: 10 dez 2019.

COLLADOS-GÓMEZ, L.; CAMACHO-VICENTE, V.; GONZÁLEZ-VILLALBA, M.; SANZ-PRADES, G.; BELLÓN-VAQUERIZO, B.. Neonatal nurses' perceptions of pain management. **Enferm Intensiva**, v. 29, n. 1, p. 41-47, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29174047>>. Acesso em 06 jan 2020.

CORNELL, P. et al.. Barriers to critical thinking: workflow interruptions and task switching among nurses. **J Nurs Adm [Internet]**, v. 41, n. 10, p. 407-14, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21934427>>. Acesso em: 10 jan 2020.

CORNELL, P. et al. Transforming nursing workflow, Part 1: the chaotic nature of nurse activities. **J Nurs Adm [Internet]**, v. 40, n. 9, p. 366-73, 2010. Disponível em: <http://journals.lww.com/jonajournal/Abstract/2010/09000/Transforming_Nursing_Workflow,_Part_1_The_Chaotic.6.aspx>. Acesso em: 10 jan 2020.

COSTA, L.C. et al. Utilização de medidas não farmacológicas pela equipe de enfermagem para alívio da dor neonatal. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 7, p. 2395-2403, Jul 2016. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8445/pdf_10526>. Acesso em: 20 Jun 2018.

COSTA, R.; CORDEIRO, R.A.. Desconforto e dor em recém-nascido: reflexões da enfermagem neonatal. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, e11298, 2016. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v24n1/v24n1a02.pdf>>. Acesso em: 08 jan 2020.

CHRISTOFFEL, M.M. et al. Conhecimento dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor neonatal. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v. 69, n. 3, p. 552-8, mai-jun, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0552.pdf>>. Acesso em: 08 Ago 2018.

CHRISTOFFEL, M.M. et al. Atitudes dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor neonatal. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 1, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170018.pdf>>. Acesso em: 08 Ago 2018.

CHRISTOFFEL, M.M. et al. Health professionals' barriers in the management, evaluation, and treatment of neonatal pain. **BrJP.**, v. 2, n. 1, p. 34-8, São Paulo, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/brjp/v2n1/2595-0118-brjp-02-01-0034.pdf>>. Acesso em: 01 jan 2020.

ELIAS, L.S.D.T.; CAJIGAS, C.; THIMÓTEO, B.S. et al.. Avaliação da Dor na Unidade Neonatal sob a Perspectiva da Equipe de Enfermagem em um Hospital no Noroeste Paulista. **Cuidarte Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 156-161, jul-dez 2016. Disponível em: <<http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2016v2/156-161.pdf>>. Acesso em: 10 jan 2020.

ERKUT, Z.; YILDIZ, S.. The Effect of Swaddling on Pain, Vital Signs, and Crying Duration during Heel Lance in Newborns. **Pain Management Nursing**, Vol 18, No 5, p. 328-336, Out, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28779961>>. Acesso em 06 jan 2020.

FERREIRA, S.H. et al.. **Dor: Princípios e Prática**. Capítulo 19: Dor Inflamatória. Porto Alegre: Editora Artmed, 2009.

FIELD, T.. Preterm newborn pain research review. **Infant Behavior and Development**, n. 49, p. 141-150, 2017. Disponível em: <<https://europepmc.org/article/med/28898671>>. Acesso em: 05 jan 2020.

FITZGERALD, M.. What do we really know about newborn infant pain? **Exp Physiol**, v. 100, n. 12, p. 1451-1457, 2015. Disponível em: <<https://physoc.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1113/EP085134>>. Acesso em 05 jan 2020.

FRONTEIRA, I.. Estudos Observacionais na Era da Medicina Baseada na Evidência: Breve Revisão Sobre a Sua Relevância, Taxonomia e Desenhos. **Acta Med Port**, v. 26, n. 2, p. 161-170, mar-abr 2013. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/e3bf/80229b253117b0cb6376fa17a1bec87839e2.pdf>>. Acesso em: 10 jan 2020.

GIMENEZ, I.L. et al . Dor Neonatal: Caracterização da Percepção do Fisioterapeuta na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v.38, e2018178, 2020 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822020000100407&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan 2020.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E.. **Guyton & Hall tratado de fisiologia médica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

HALL, R.W.; ANAND, K.J.S.. Pain Management in Newborns. **Clin Perinatol**, v. 41, p. 895-924, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.clp.2014.08.010>>. Acesso em: 10 jan 2020.

HEIDERICH, T.M.; LESLIE, A.T.F.S.; GUINSBURG, R.. Neonatal procedural pain can be assessed by computer software that has good sensitivity and specificity to detect facial movements. **Acta Pædiatrica.**, v. 104, p.e63–e69, 2015. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/apa.12861>>. Acesso em: 10 jan 2020.

IASP. "Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage" (pp 209-214) **Classification of Chronic Pain, Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy**, edited by H. Merskey and N. Bogduk, IASP Press, Seattle, ©1994. Disponível em: <<https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>>. Acesso em: 04 jan 2020.

IASP. "Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage" (pp 209-214) **Classification of Chronic Pain, Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy**, edited by H. Merskey and N. Bogduk, IASP Press, Seattle, December 14, 2017. Disponível em: < <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>>. Acesso em: 04 jan 2020.

JANEIRO, I.M.I. **Fisiologia da Dor**. Dissertação (mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, p. 63, 2017. Disponível em: < <http://recil.ulusofona.pt/bitstream/handle/10437/8904/Fisiologia%20da%20dor%20-%20Vers%C3%A3o%20Final%20-%202017.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 jan 2020.

KARAKOÇ, A.; TURKER, F.. Effects of White Noise and Holding on Pain Perception in Newborns. **Pain Management Nursing**, v. 15, n. 4, December, p. 864-870, 2014. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24559599>>. Acesso em: 04 jan 2020.

LATIMER, M.A.; JOHNSTON, C.C.; RITCHIE, J.A.; CLARKE, S.P.; GILIN, D.. Factors Affecting Delivery of Evidence-Based Procedural Pain Care in Hospitalized Neonates. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v. 38, n. 2, p. 182-194, 2009. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19323714>>. Acesso em: 08/01/2020.

McCAMBRIDGE, J.; WITTON, J.; ELBOURNE, D.R.. Systematic review of the Hawthorne effect: New concepts are needed to study research participation effects. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 67, p. 267-277, 2014. Disponível em: < [https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(13\)00354-5/pdf](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(13)00354-5/pdf)>. Acesso em: 17 Ago 2018.

MANWORREN, R.C.B.; STINSON, J.. Pediatric Pain Measurement, Assessment, and Evaluation. **Seminars in Pediatric Neurology**, v. 23, n. 3, p. 189-200, August, 2016. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27989326>>. Acesso em: 04 jan 2020.

MARTINEZ, E.A.. Validação teórica de escala de atitudes das enfermeiras sobre direitos da criança em terapia intensiva. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 4, e3320016, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e3320016.pdf>>. Acesso em: 13 JUN 2018.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M.. **Técnicas de Pesquisa** - . ed. – São Paulo: Atlas 2017, p. 312.

MARQUES, E.S.; XARLES, T.; ANTUNES, T.M. et al. Evaluation of physiologic pain knowledge by physiotherapy students. **Rev Dor**. São Paulo, v. 17, n. 1, p. 29-33, jan-mar 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v17n1/en_1806-0013-rdor-17-01-0029.pdf>. Acesso em: 10 jan 2020.

MELO, G.M. et al.. Pain assessment scales in newborns: integrative review. **Rev Paul Pediatr.**, v. 32, n. 4, p. 395-402, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822014000400395>. Acesso em: 10 jan 2020.

MELO, E.F.. **Avaliação e Manejo da Dor do Recém-Nascido Prematuro em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Revisão Sistemática da Literatura**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde – Área de Concentração: Atenção Interdisciplinar em Saúde) – Universidade Estadual de Ponta Grossa, p. 50, 2019. Disponível em: <<https://tede2.uepg.br/jspui/handle/prefix/2982>>. Acesso em: 10 jan 2020.

MOULTRIE, F.; SLATER, R.; HARTLEY, C.. Improving the treatment of infant pain. **Curr Opin Support Palliat Care**, v.11, n.2, p. 112-117, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5419813/>>. Acesso em: 10 jan 2020.

MORAES, E.L.L.. **Protocolo Multiprofissional para Manejo da Dor e do Estresse em Recém-Nascidos: Uma Pesquisa-Ação**. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná, p. 211, 2017. Disponível em: <<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/53384/R%20-%20D%20-%20ETIENE%20LETICIA%20LEONE%20DE%20MORAES.pdf?sequence=1&isAlloved=y>>. Acesso em: 10 jan 2020.

MORAES, E.L.L.; FREIRE, M.H.S.. Painful and stressful procedures and analgesia in newborns from the viewpoint of professionals. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, suppl 3, p. 170-7, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000900170&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09/01/2020.

MORAIS, A.P.S. et al.. Dimensionamento da Dor em Recém-Nascidos Durante Punção Venosa Periférica e Capilar. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 7, n. 2, p. 511-7, Recife, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10262/10887>>. Acesso em: 10/01/2020.

NASCIMENTO, L.A. et al . Manuseio da dor: avaliação das práticas utilizadas por profissionais assistenciais de hospital público secundário. **Rev. dor**, São Paulo , v.

17, n. 2, p. 76-80, Jun 2016 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000200076&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Nov 2019.

NIEMI, A.K.. Review of Randomized Controlled Trials of Massage in Preterm Infants. **Children**, v. 4, n. 21, p. 1-14, 2017. Disponível em: <<http://www.mdpi.com/journal/children>>. Acesso em: 20 dez 2019.

NOTARO, K. et al . Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 27, e3167, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100351&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan 2020.

OLIVEIRA, N.C.A.C.; GASPARDO, C.M.; LINHARES, M.B.M.. Pain and distress outcomes in infants and children: a systematic review. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 50, n. 7, p. e5984, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5496157/>>. Acesso em: 10 jan 2020.

OLIVEIRA, P.E.P.; PEREIRA, L.V.; SANTOS, N.R.; SOUZA, L.A.F.. A enfermagem no manejo da dor em unidades de atendimento de urgência e emergência. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.37309>>. Acesso em: 10 jan 2020.

PETROV, P.; FRANCISCHI, J.N.; FERREIRA, S.H.. **Nociceptores: As células que sentem dor**. Petrov P, Francischi JN, Ferreira SH, et al. tradutores. Ribeirão Preto – SP: Dor On Line; 2011. 106 p.

PILLAI RIDDELL, R.R. et al.. Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2011, Issue 10. Art. No.: CD006275. DOI: 10.1002/14651858.CD006275.pub2.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; OWEN, S.V.. Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? Appraisal and Recommendations. **Research in Nursing & Health**, v. 30, p. 459-467, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17654487>>. Acesso em: 10 jan 2020.

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

ROCHA, A.P.C. et al.. Dor: Aspectos Atuais da Sensibilização Periférica e Central. **Rev Bras Anesthesiol**, v. 57, n. 1, p. 94-105, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rba/v57n1/11.pdf>>. Acesso em: 14 jun 2018.

RODRIGUES, J.B.; SOUZA, D.S.B.; WERNECK, A.L.. Identificação e avaliação da percepção dos profissionais de enfermagem em relação a dor/desconforto do recém-nascido. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 23, n. 1, p. 27-31, jan-mar, 2016. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/108>>. Acesso em: 10 jan 2020.

SEREZA, T.W.; DELLAROZA, M.S.G. O Que Está Sendo Aprendido a Respeito da Dor na Uel?. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 24, p. 55-66, jan./dez. 2003. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3658>>. Acesso em: 10 jan 2020.

SHIBATA, M. et al. Salivary biomarkers are not suitable for pain assessment in newborns. **Early Human Development**, v. 89, p. 503-506, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23583069>>. Acesso em 04 jan 2020.

SILVA, T.P.; SILVA, L.J.. Escalas de Avaliação da Dor Utilizadas no Recém-Nascido: Revisão sistemática. **Acta Med Port.**, v. 23, p. 437-454, 2010. Disponível em: <<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/635/319>>. Acesso em: 10/01/2020.

SOUZA, N.V.D.O. et al. Neoliberalist influences on nursing hospital work process and organization. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v. 70, n. 5, p. 912-9, 2017. [Thematic Edition “Good practices and fundamentals of Nursing work in the construction of a democratic society”]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt_0034-7167-reben-70-05-0912.pdf>. Acesso em 10 jan 2020.

SOUZA, K.M.O.; FERREIRA, S.D.. Assistência Humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 471-480, Mar. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200024&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Jan. 2020.

SPOSITO, N.B.P. et al. Avaliação e manejo da dor em recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: estudo transversal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 25, pp. 1-9, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2931.pdf>. Acesso em: 08 jan 2020.

STEVENS, B. et al. The minimally effective dose of sucrose for procedural pain relief in neonates: a randomized controlled trial. **BMC Pediatrics**, v. 18, n. 85, 2018. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29475433>>. Acesso em 10 jan 2020.

TAETS, G.G.C.; FIGUEIREDO, N.M.A.. Uma pesquisa quase experimental em enfermagem sobre dor em pacientes em coma. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v. 69, n. 5, p. 871-6, 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0927.pdf>>. Acesso em: 10 jan 2020.

APÊNDICE A – Questionário para os profissionais

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS (PROFISSIONAIS)
(Adaptado de CHRISTOFFEL et al., 2016; OLIVEIRA; STIPP; SILVA, 2016;
CHRISTOFFEL et al., 2017)

Idade: _____	Sexo: ()M ()F
Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () União Estável () Viúvo(a)	
Tem filhos: () Sim () Não	
Formação Acadêmica: () Enfermeiro () Médico () Fisioterapeuta () Fonoaudiólogo () Técnico de Enfermagem () Auxiliar de Enfermagem	
Tempo de formado(a): _____	
Tempo de serviço na Unidade Neonatal: _____	Possui especialização na área neonatal: () Sim () Não
Onde trabalha: () UCINCo () UTIN () UCINCo/UTIN	
Turno de Trabalho: () Manhã () Tarde () Noite () Plantonista	
Está satisfeito com as condições em que trabalha nesta unidade: () Sim () Não	
Quantos outros vínculos de trabalho você possui? () Nenhum () Mais um () Mais dois () Mais três	
Nestes outros vínculos de trabalho você trabalha na área neonatal? () Sim () Não	
Já participou de alguma capacitação sobre a dor neonatal: () Sim Se sim, qual o ano da última capacitação? _____ () Não	
Você recebeu alguma informação sobre como avaliar ou tratar a dor neonatal durante sua formação profissional? () Não () Sim, especifique: () Curso técnico () Graduação () Especialização () Residência () Mestrado () Doutorado	
Quais fontes de informações você mais utiliza para se atualizar sobre a dor neonatal? () Livros () Periódicos/revistas () Consenso(s) Internacional(is).	

<input type="checkbox"/> Manual do Ministério da Saúde. <input type="checkbox"/> Internet. <input type="checkbox"/> Eventos científicos <input type="checkbox"/> Cursos: <input type="checkbox"/> Em eventos científicos <input type="checkbox"/> Promovido pelo Ministério da Saúde <input type="checkbox"/> Promovido pela associação de classe / sociedade profissional <input type="checkbox"/> Orientação da chefia <input type="checkbox"/> Aprendizado em serviço com outros profissionais <input type="checkbox"/> Protocolo existente na instituição <input type="checkbox"/> Outros. Especifique? _____ <input type="checkbox"/> Não utiliza fonte de informações.

***Gerenciar a dor** = avaliar, tratar, aliviar, reavaliar

1	2	3	4	5	6
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Discordo	Concordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA AVALIAÇÃO E NO GERENCIAMENTO DA DOR	1	2	3	4	5	6
Sinais vitais nos bebês podem ser interpretados como indicadores de dor.	()	()	()	()	()	()
Choro do bebê pode ser interpretado como um indicador de dor.	()	()	()	()	()	()
Comportamentos do corpo do bebê (face e movimentos da perna) podem ser interpretados como um indicador de dor.	()	()	()	()	()	()
A idade gestacional faz diferença na forma como o bebê expressa a dor.	()	()	()	()	()	()
Eu tenho conhecimento suficiente sobre o alívio da dor no bebê.	()	()	()	()	()	()
Os bebês podem dormir ou não reagir, apesar da dor intensa.	()	()	()	()	()	()
Bebês submetidos a repetidos procedimentos (ex.: punção de calcâneo ou punções intravenosas) devem receber tratamento para a dor para reduzir efeitos adversos em seu desenvolvimento.	()	()	()	()	()	()
Eu considero todas as informações necessárias (avaliação, formas de cuidado) antes de decidir o cuidado apropriado para o tratamento da dor.	()	()	()	()	()	()
Eu respeito a opinião de outros profissionais (médico, enfermeira, fisioterapeuta, fonoaudiólogo) sobre o cuidado na dor, mesmo que diferentes da minha própria opinião.	()	()	()	()	()	()
Eu coordeno\realizo\auxilio no cuidado da dor do bebê com o profissional realizando procedimentos tais como punção lombar, inserção de dreno torácico e cateter central.	()	()	()	()	()	()
Eu administro\prescrevo\solicito medicação para dor pós-operatória para o bebê 24h após a cirurgia, mesmo quando prescrita S/N.	()	()	()	()	()	()
A dor em bebês muitas vezes não é reconhecida.	()	()	()	()	()	()
Bebês diferem notadamente em suas respostas a dor.	()	()	()	()	()	()

Bebês não necessitam de analgésicos devido à imaturidade de seu sistema nervoso.	()	()	()	()	()	()
Bebês sentem dor assim como os adultos.	()	()	()	()	()	()
Tenho conhecimento suficiente para avaliar a dor no bebê.	()	()	()	()	()	()
Sou consistente na avaliação da dor em bebês.	()	()	()	()	()	()
Registro rotineiramente as avaliações de dor.	()	()	()	()	()	()
Preparo adequadamente os bebês para procedimentos dolorosos.	()	()	()	()	()	()
Minhas avaliações da dor influenciam no gerenciamento da dor.	()	()	()	()	()	()
A idade gestacional do bebê influencia no gerenciamento da dor.	()	()	()	()	()	()
O diagnóstico médico\clínico do bebê influencia o gerenciamento da dor.	()	()	()	()	()	()
Registro de avaliação da dor é importante.	()	()	()	()	()	()
Registro do gerenciamento da dor é importante.	()	()	()	()	()	()
Registro de dor resulta em alívio mais efetivo da dor.	()	()	()	()	()	()
Conheço escalas específicas para avaliação de dor em bebês.	()	()	()	()	()	()
Considero a dor como um dos sinais vitais do bebê.	()	()	()	()	()	()
O contexto ambiental influencia na forma como o bebê expressa a dor.	()	()	()	()	()	()
Executo ações coordenadas com a equipe com foco no gerenciamento da dor durante procedimentos invasivos.	()	()	()	()	()	()
É necessário o uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor.	()	()	()	()	()	()
Sedativos (hidrato de cloral e midazolam) não são adequados para aliviar a dor em bebês.	()	()	()	()	()	()
Conheço medidas não farmacológicas efetivas no alívio da dor aguda em bebês.	()	()	()	()	()	()
Os pais podem ajudar no gerenciamento da dor em bebês.	()	()	()	()	()	()
Do ponto de vista médico, ético e humanitário, a dor do bebê deve ser sempre tratada.	()	()	()	()	()	()

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Frequentemente	Geralmente	Sempre

Práticas realizadas por você nas estratégias para o alívio da dor neonatal	1	2	3	4	5
Identifico a dor por meio do choro do bebê.	()	()	()	()	()
Identifico a dor por meio da mímica facial do bebê.	()	()	()	()	()
Identifico a dor por meio da movimentação corporal de braços e pernas do bebê.	()	()	()	()	()
Identifico a dor por meio de alterações de parâmetros fisiológicos do bebê.	()	()	()	()	()
Avalio a dor em bebês por meio do choro.	()	()	()	()	()
Avalio a dor por meio da mímica facial do bebê.	()	()	()	()	()

Avalio a dor por meio da movimentação corporal e agitação do bebê.	()	()	()	()	()
Avalio a dor por meio da mensuração dos sinais vitais do bebê.	()	()	()	()	()
Avalio a dor em bebês juntamente com os sinais vitais.	()	()	()	()	()
Utilizo escalas para avaliar a dor em bebês.	()	()	()	()	()
Registro no prontuário as manifestações de dor dos bebês.	()	()	()	()	()
Comunico e discuto com a equipe de saúde sobre as manifestações de dor dos bebês.	()	()	()	()	()
Utilizo a sucção não nutritiva para o alívio da dor em bebês submetidos a procedimentos potencialmente dolorosos.	()	()	()	()	()
Promovo o aleitamento materno para o alívio da dor em bebês submetidos a procedimentos potencialmente dolorosos.	()	()	()	()	()
Administro o leite materno para o alívio da dor em bebês submetidos a procedimentos potencialmente dolorosos.	()	()	()	()	()
Promovo o contato pele a pele para o alívio da dor em bebês submetidos a procedimentos potencialmente dolorosos.	()	()	()	()	()
Administro a sacarose ou glicose para o alívio da dor em bebês submetidos a procedimentos potencialmente dolorosos.	()	()	()	()	()
Utilizo a sacarose ou glicose associada à sucção não nutritiva para o alívio da dor em bebês submetidos a procedimentos potencialmente dolorosos.	()	()	()	()	()
Promovo o posicionamento adequado do bebê para auxiliar no alívio da dor.	()	()	()	()	()
Realizo a contenção facilitada do bebê durante o procedimento doloroso.	()	()	()	()	()
Realizo o enrolamento do bebê antes do procedimento doloroso.	()	()	()	()	()
Utilizo mais de uma medida não farmacológica para o alívio da dor em bebês.	()	()	()	()	()
Discuto com a equipe de saúde as medidas não farmacológicas utilizadas para prevenção e alívio da dor em bebês.	()	()	()	()	()
Registro no prontuário dos bebês as intervenções não farmacológicas utilizadas para a prevenção e o alívio da dor.	()	()	()	()	()
Registro no prontuário dos bebês as intercorrências na administração de medidas não farmacológicas para prevenção e alívio da dor.	()	()	()	()	()
Informo aos pais/familiares sobre os procedimentos dolorosos a serem realizados com seu bebê.	()	()	()	()	()
Solicito aos pais/familiares a participarem da prevenção e alívio da dor de seu bebê.	()	()	()	()	()
Prescrevo e/ou administro EMLA para alívio da dor em bebês submetidos a punções.	()	()	()	()	()
Prescrevo e/ou administro analgésicos opióides (fentanil, morfina, etc.) para aliviar a dor repetida e prolongada do recém-nascido.	()	()	()	()	()
Prescrevo e/ou administro analgésicos opióides (fentanil, morfina, etc.) para bebê em ventilação mecânica.	()	()	()	()	()
Prescrevo e/ou administro analgésicos não opióides (paracetamol) para alívio da dor em bebês.	()	()	()	()	()

Prescrevo e/ou administro analgésicos não opióides (paracetamol) para alívio da dor decorrente de procedimentos potencialmente dolorosos em bebês.	()	()	()	()	()
Prescrevo e/ou administro sedativos (midazolam, hidrato de cloral) para gerenciamento do estresse em bebês.	()	()	()	()	()
Prescrevo e/ou administro sedativos (midazolam, hidrato de cloral) para gerenciamento da dor em bebês.	()	()	()	()	()
Registro no prontuário dos bebês os efeitos da administração de fármacos para o alívio da dor.	()	()	()	()	()
Discuto com a equipe de saúde as medidas farmacológicas utilizadas para prevenção e alívio da dor em bebês.	()	()	()	()	()

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Frequentemente	Geralmente	Sempre

São procedimentos que podem causar dor...	1	2	3	4	5
Injeções/Imunização	()	()	()	()	()
Coletas sanguíneas	()	()	()	()	()
Punção de calcanhar	()	()	()	()	()
PICC/AVC	()	()	()	()	()
Acessos vasculares	()	()	()	()	()
Remoção de fitas adesivas	()	()	()	()	()
Sondas naso/orogástricas	()	()	()	()	()
Aspiração de vias aéreas	()	()	()	()	()
Dreno de tórax	()	()	()	()	()
Punção Lombar	()	()	()	()	()
Exame oftalmológico	()	()	()	()	()
Cateterismo vesical	()	()	()	()	()
Ventilação mecânica	()	()	()	()	()
CPAP	()	()	()	()	()
Outro: _____					

Nas questões seguintes você poderá marcar mais de uma resposta por pergunta:

Quais das escalas de dor neonatal abaixo você conhece?

	NIPS (Escala de Avaliação de Dor no RN e no Lactente)
	EDIN (Escala de Dor e Desconforto do Recém-Nascido)
	BIIP (Indicadores Comportamentais da Dor no Lactente)
	CRIES (Escala para a Avaliação da Dor Pós-Operatória do Recém-Nascido)
	NFACS (Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal)
	PIPP (Perfil de Dor do Prematuro)

Outra: _____

Quais medidas não farmacológicas para o alívio da dor você conhece?

	Glicose/Sacarose
	Enrolamento
	Sucção não-nutritiva
	Contato pele a pele
	Canguru
	Aleitamento Materno
	Outra: _____

Legenda:**PI (Procedimento Invasivo):**

1. Intubação traqueal
2. Aspiração oral ou nasal
3. Aspiração traqueal
4. Extubação (aspiração, remoção do adesivo e da cânula)
5. Inserção de cateter umbilical
6. Inserção de PICC
7. Punção arterial
8. Punção venosa
9. Punção de calcâneo
10. Injeção intramuscular
11. Injeção subcutânea
12. Punção lombar
13. Inserção de dreno de tórax
14. Retirada de dreno de tórax
15. Sondagem gástrica ou enteral
16. Sondagem vesical
17. Realização de curativos
18. Inserção de cateter venoso (dissecção venosa)
19. Retirada de pontos de ferida operatória
20. Outro: Acrescentar em “anotação”

PNI (Procedimento Não Invasivo):

1. Remoção de adesivos (micropore, esparadrapos, eletrodos, curativo transparente, etc)
2. Fisioterapia motora
3. Exame de fundo de olho
4. Outro: Acrescentar em “anotação”

Analgesia:**DIP** Dipirona**PAR** Paracetamol**VEC** Vecurônio**ANL** Anestésico Local**FEN** Fentanil**MIDev** Midazolam EV**MIDna** Midazolam nasalOutro: Acrescentar em “anotação”**SAC** Sacarose oral**SNN** Sucção não nutritiva ou chupeta**PAP** Pele-a-pele**AM** Aleitamento materno**CONT** Contenção facilitada**COLO** ColoOutro: Acrescentar em “anotação”**Profissional:**

- 1- Enfermeiro
- 2- Técnico de enfermagem
- 3- Auxiliar de enfermagem
- 4- Médico
- 5- Fisioterapeuta
- 6- Fonoaudiólogo

Avaliação da dor:

1. Antes
2. Durante
3. Depois

Usou Escala de dor:

1. Sim
2. Não

Registro prontuário:

1. Sim
2. Não

NPMDP = número de profissionais que manipularam o RN durante o procedimento

Classificação dos RNPT:**Extremo: menor que 28 semanas****Grave: de 28 a 30 semanas****Moderado: de 31 a 33 semanas****Limítrofe: de 34 a 36 semanas**

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais)

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “**GERENCIAMENTO DA DOR NEONATAL PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM PROCEDIMENTOS DOLOROSOS: UM ESTUDO TRANSVERSAL**”, dos pesquisadores Sr(a) Professora Doutora Ingrid Martins Leite Lúcio e da Sr(a) Enfermeira Mestranda Bruna Luizy dos Santos Guedes. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a analisar a adesão multiprofissional às medidas de gerenciamento da dor neonatal em procedimentos dolorosos.
2. A importância deste estudo é a de verificar a adesão profissional as medidas de gerenciamento, descrição das formas de avaliação da dor neonatal utilizados pelos profissionais diante de procedimentos dolorosos, identificar as medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor neonatal.
3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: descrição de práticas assistenciais em um contexto hospitalar envolvendo a população de Recém-Nascido (RN) de risco submetido a procedimentos dolorosos com vistas ao gerenciamento da dor neonatal.
4. A coleta de dados começará em dezembro de 2018 e terminará em abril de 2019.
5. O estudo será feito da seguinte maneira: os dados serão colhidos através de questionário entregue pela pesquisadora e que irei devolver a pesquisadora em envelopes lacrados após responder. E que participarei após a leitura e assinatura do TCLE em duas vias, ficando uma via com as responsáveis pelo estudo e outra com o profissional participante da pesquisa. Além do questionário, os dados também serão colhidos por meio da observação da atuação profissional através de uma ficha da observação assistencial e da escrita de um diário de campo pela pesquisadora.
6. A sua participação será nas seguintes etapas: resposta ao questionário e observação da sua prática assistencial ao RN.
7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: constrangimento que pode vir a ser causado pelas questões e pela observação referentes à realização da prática profissional. E pela quebra de sigilo, minimizado pela apresentação anônima dos dados (com devolução de formulário em envelopes lacrados), se ainda assim o sigilo for quebrado, os dados serão descartados. Para minimizar os desconfortos, a pesquisa será feita com cuidado, respeitando a privacidade de participantes.
8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: contribuir para o cuidado de enfermagem ao RN de risco submetido a procedimentos dolorosos, levantar lacunas do conhecimento entre os profissionais sobre esse cuidado e contribuir para o aprimoramento do serviço.
9. Você poderá contar com a seguinte assistência: suspensão da observação sem qualquer julgamento da prática profissional. Além disso, a garantia de que os dados coletados terão a finalidade restrita à pesquisa.
10. Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
11. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.
12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.

13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.

14. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Universidade Federal de Alagoas.

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins.

Complemento: Escola de Enfermagem e Farmácia

Cidade/CEP: Maceió-AL / Cep: 57072-970.

Telefone: (82) 3241-1052

Ponto de referência:

Contato de urgência: Sr(a). Ingrid Martins Leite Lúcio

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins.

Complemento: Escola de Enfermagem e Farmácia

Cidade/CEP: Maceió-AL / Cep: 57072-970.

Telefone: (82) 3241-1052

Ponto de referência:

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária

Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, de de .

Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Mãe/Pai maior de idade)

Você, pai/responsável pelo menor, está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **“GERENCIAMENTO DA DOR NEONATAL PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM PROCEDIMENTOS DOLOROSOS: UM ESTUDO TRANSVERSAL”**, dos pesquisadores Sr(a) Professora Doutora Ingrid Martins Leite Lúcio e da Sr(a) Enfermeira Mestranda Bruna Luizy dos Santos Guedes. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a analisar a adesão multiprofissional às medidas de gerenciamento da dor neonatal em procedimentos dolorosos.
2. A importância deste estudo é a de verificar a adesão profissional as medidas de gerenciamento, descrição das formas de avaliação da dor neonatal utilizados pelos profissionais diante de procedimentos dolorosos, identificar as medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor neonatal.
3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: descrição de práticas assistenciais em um contexto hospitalar envolvendo a população de Recém-Nascido (RN) de risco submetido a procedimentos dolorosos com vistas ao gerenciamento da dor neonatal.
4. A coleta de dados começará em dezembro de 2018 e terminará em abril de 2019.
5. O estudo será feito da seguinte maneira: os dados serão colhidos na própria unidade em que seu filho estiver internado. Serei informada pela pesquisadora sobre a pesquisa e após a assinatura do TCLE poderei, caso manifeste vontade, acompanhar a pesquisadora durante a coleta os dados que serão colhidos de acordo com as seguintes etapas: Etapa 1 - Consulta ao prontuário para a coleta de dados de identificação e dados da história neonatal. Etapa 2 - Observação e preenchimento da ficha de observação da prática assistencial oferecida ao RN durante o turno de serviço.
6. A sua participação será nas seguintes etapas: autorizando a participação do menor sob sua responsabilidade na pesquisa
7. Os incômodos e possíveis riscos à saúde física e/ou mental do menor sob sua responsabilidade na pesquisa são: os riscos aos quais os RN estarão submetidos serão os riscos inerentes à internação, uma vez que haverá o preenchimento do formulário com dados do prontuário e a observação da prática assistencial já ofertada ao RN internado. E pela quebra de sigilo, minimizado pela apresentação anônima dos dados, se ainda assim o sigilo for quebrado, os dados serão descartados. Para minimizar os desconfortos, a pesquisa será feita com cuidado, respeitando a privacidade de participantes.
8. Os benefícios esperados com a participação do menor sob sua responsabilidade no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: contribuir para a assistência do RN de risco submetido a procedimentos dolorosos, levantar lacunas do conhecimento entre os profissionais sobre esse cuidado e contribuir para o aprimoramento do serviço.
9. O menor sob sua responsabilidade poderá contar com a seguinte assistência: suspensão da observação sem qualquer julgamento. Além disso, a garantia de que os dados coletados terão a finalidade restrita à pesquisa. E caso necessário, os pais serão encaminhados para o serviço de psicologia do setor em questão.
10. Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
11. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

12. As informações conseguidas através da participação do menor sob sua responsabilidade na pesquisa não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.

13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.

14. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu, responsável pelo menor que foi convidado a participar da pesquisa, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a participação no mencionado estudo e estando consciente dos direitos, das responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a participação implicam, concordo em autorizar a participação do menor e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Universidade Federal de Alagoas.
Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins.
Complemento: Escola de Enfermagem e Farmácia
Cidade/CEP: Maceió-AL / Cep: 57072-970.
Telefone: (82) 3241-1052
Ponto de referência:

Contato de urgência: Sr(a). Ingrid Martins Leite Lúcio

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins.
Complemento: Escola de Enfermagem e Farmácia
Cidade/CEP: Maceió-AL / Cep: 57072-970.
Telefone: (82) 3241-1052
Ponto de referência:

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas
Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária
Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.
E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, de de .

Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

ANEXO C - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Para o caso de existirem Mãe/Pai menores de idade para autorização do seu filho na pesquisa)

Você, pai/mãe do menor, está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **“GERENCIAMENTO DA DOR NEONATAL PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM PROCEDIMENTOS DOLOROSOS: UM ESTUDO TRANSVERSAL”**, dos pesquisadores Sr(a) Professora Doutora Ingrid Martins Leite Lúcio e da Sr(a) Enfermeira Mestranda Bruna Luizy dos Santos Guedes. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo deseja ver o que os profissionais fazem para diminuir a dor dos bebês durante procedimentos dolorosos.
2. A importância deste estudo é a de ver como os profissionais fazem para diminuir a dor dos bebês, descrevendo como eles fazem para descobrir que o bebê está com dor e saber quais são as atitudes que eles têm para diminuir essa dor.
3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: descrição as atitudes dos profissionais para diminuir a dor dos bebês em procedimentos dolorosos.
4. A coleta de dados começará em dezembro de 2018 e terminará em abril de 2019.
5. O estudo será feito da seguinte maneira: os dados serão colhidos na unidade em que meu filho estiver internado. Serei informado (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa e após a assinatura do TALE poderei, caso eu tenha vontade, acompanhar a pesquisadora durante a coleta os dados que será feita assim: Etapa 1 – Pegar os dados no prontuário. Etapa 2 – Observar e anotar na ficha de observação os cuidados que meu filho receber durante o turno em que a pesquisadora estiver lá.
6. A sua participação será nas seguintes etapas: autorizando a participação do meu filho sob sua responsabilidade na pesquisa
7. Os incômodos e possíveis riscos à saúde física e/ou mental do meu filho sob sua responsabilidade na pesquisa são: os riscos que os bebês já estão submetidos durante a internação, já que a pesquisadora irá preencher o formulário com dados do prontuário e observar como é o cuidado ao bebê já internado. E pela quebra de sigilo, minimizado pela apresentação anônima dos dados, se ainda assim o sigilo for quebrado, os dados serão descartados. Para minimizar os desconfortos, a pesquisa será feita com cuidado, respeitando a privacidade de participantes.
8. Os benefícios esperados com a participação do meu filho sob sua responsabilidade no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: ajudar para um melhor cuidado aos bebês que passam por procedimentos dolorosos, melhorando o conhecimento entre os profissionais sobre esse cuidado.
9. O meu filho sob sua responsabilidade poderá contar com a seguinte assistência: parar a observação sem qualquer julgamento. E, a garantia de que os dados coletados terão a finalidade somente de pesquisa. E caso seja necessário, os pais serão encaminhados para o serviço de psicologia do setor em questão.
10. Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão tiradas suas dúvidas sobre o estudo.
11. A qualquer momento, você poderá se negar a participar do estudo e, também, poderá tirar seu assentimento, sem causar nenhum problema.
12. As informações conseguidas através da participação do meu filho sob sua responsabilidade na pesquisa não permitirão a identificação dele, somente para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.

13. O estudo não causará nenhuma despesa para você.

14. Você receberá uma via do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu, responsável pelo menor que foi convidado a participar da pesquisa, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a participação no mencionado estudo e estando consciente dos direitos, das responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a participação implicam, concordo em autorizar a participação do menor e para isso eu **DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.**

Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Universidade Federal de Alagoas.

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins.

Complemento: Escola de Enfermagem e Farmácia

Cidade/CEP: Maceió-AL / Cep: 57072-970.

Telefone: (82) 3241-1052

Ponto de referência:

Contato de urgência: Sr(a). Ingrid Martins Leite Lúcio

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins.

Complemento: Escola de Enfermagem e Farmácia

Cidade/CEP: Maceió-AL / Cep: 57072-970.

Telefone: (82) 3241-1052

Ponto de referência:

ATENÇÃO: *O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:*

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária

Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, de de .

Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gerenciamento da Dor Neonatal pela Equipe Multiprofissional em Procedimentos Dolorosos: Um Estudo Transversal

Pesquisador: Ingrid Martins Leite Lúcio

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 04245618.2.0000.5013

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem e Farmácia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.082.531

Apresentação do Projeto:

A dor é tida como um problema de saúde global, e a adesão a seu gerenciamento adequado é considerado um direito humano. Assim, o objeto de estudo desta pesquisa é o gerenciamento da dor neonatal pela equipe multiprofissional em procedimentos dolorosos. O interesse pela temática surgiu com a participação da pesquisadora em programas de incentivo a iniciação científica e à experiência assistencial nos setores de atendimento a recém-nascidos gravemente enfermos. Surgindo a seguinte questão de pesquisa: Como ocorre o gerenciamento da dor neonatal pela equipe multiprofissional em procedimentos dolorosos? Tendo como objetivo geral: Avaliar o gerenciamento da dor neonatal. E como objetivos específicos: Descrever a compreensão e as formas de avaliação da dor utilizadas pelos profissionais diante dos procedimentos dolorosos no cuidado neonatal; Identificar medidas farmacológicas e não farmacológicas utilizadas pelos profissionais no controle da dor neonatal em procedimentos dolorosos; Verificar o registro de informações no prontuário do recém-nascido relacionadas às medidas utilizadas para o alívio e gerenciamento da dor. Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa. A coleta de dados será realizada em dois hospitais escola de referência no cuidado aos Recém-Nascidos de risco do estado de Alagoas, nas unidades de Cuidado Neonatal Convencional (UCINCo) e de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Participarão os profissionais da equipe multidisciplinar (Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Fisioterapeutas e Fonoaudiólogos) responsáveis pelo cuidado a recém-

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A - C. Simões.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.082.531

nascidos e que realizam procedimentos dolorosos. A coleta de dados será realizada em 06 etapas:
1. Entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e de questionário para os profissionais;
2. Devolução dos termos e dos questionários em envelopes lacrados; 3. Imersão dos membros da equipe de pesquisa no campo de observação durante os três turnos de trabalho; 4. Entrega e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido aos responsáveis dos recém-nascidos autorizando a coleta de dados e observação da assistência prestada; 5. Preenchimento da ficha de observação da prática assistencial prestada ao recém-nascido em procedimentos dolorosos;
6. Pesquisa em prontuários dos recém-nascidos sobre registros de gerenciamento da dor neonatal.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL Avaliar o gerenciamento da dor neonatal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever a compreensão e as formas de avaliação da dor utilizadas pelos profissionais diante dos procedimentos dolorosos no cuidado neonatal.

Identificar medidas farmacológicas e não farmacológicas utilizadas pelos profissionais no controle da dor neonatal em procedimentos dolorosos.

Verificar o registro de informações no prontuário do recém-nascido relacionadas às medidas utilizadas para o alívio e gerenciamento da dor.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

O participante pode sentir-se cansado, ficar incomodado com as perguntas ou ainda se incomodar acreditando que está perdendo tempo ao responder o questionário. Para os desconfortos, a pesquisa será feita com cuidado, respeitando a privacidade de participantes. Além do incômodo que o profissional venha a sentir causado pela observação da sua prática. Tem-se o risco da quebra de sigilo, que será minimizado pela apresentação anônima dos dados e, se ainda assim o sigilo for quebrado, os dados serão descartados.

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões.

Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900

UF: AL **Município:** MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitodeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.082.531

BENEFÍCIOS

Já com relação aos benefícios os participantes poderão cooperar, por meio de estudos, para a ampliação dos conhecimentos acerca da avaliação e gerenciamento da dor neonatal frente a procedimentos dolorosos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo que se pretende será desenvolvido em concordância com a Resolução 466/12 e a Resolução 510/16.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão de acordo.

Recomendações:

Não há recomendações a serem feitas, pois o presente estudo está de acordo com Resolução 466/12 e a Resolução 510/16.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências e inadequações. A pesquisadora está ciente e contempla no projeto que qualquer mudança será comunicada ao CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S^a. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS**



Continuação do Parecer: 3.082.531

adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;
Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;
Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.
O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1217961.pdf	04/12/2018 19:41:24		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	04/12/2018 19:40:38	Bruna Luízy dos Santos Guedes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pais.pdf	04/12/2018 19:40:10	Bruna Luízy dos Santos Guedes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais.pdf	04/12/2018 19:39:45	Bruna Luízy dos Santos Guedes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	_Projeto_.pdf	04/12/2018 19:38:37	Bruna Luízy dos Santos Guedes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Pesquisadores.pdf	04/12/2018 11:05:26	Bruna Luízy dos Santos Guedes	Aceito
Outros	Termo_MESM.pdf	04/12/2018 11:04:50	Bruna Luízy dos Santos Guedes	Aceito

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A - C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900

UF: AL **Município:** MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comiteteeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.082.531

Outros	Aceite_HUPAA.pdf	04/12/2018 11:03:02	Bruna Luizy dos Santos Guedes	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	04/12/2018 10:55:16	Bruna Luizy dos Santos Guedes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 13 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Luciana Santana
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com