

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO
CUIDADO EM ENFERMAGEM**

RAQUEL ALVES CORDEIRO

**REFLEXÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O
DESCONFORTO E A DOR DO RECÉM-NASCIDO: UMA
PROPOSTA DE PROTOCOLO DE CUIDADO BASEADO NOS
MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS**

**FLORIANÓPOLIS
2012**

RAQUEL ALVES CORDEIRO

**REFLEXÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O
DESCONFORTO E A DOR DO RECÉM-NASCIDO: UMA
PROPOSTA DE PROTOCOLO DE CUIDADO BASEADO NOS
MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Roberta Costa
Linha de pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

**FLORIANÓPOLIS
2012**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Cordeiro, Raquel Alves

Reflexões da equipe de enfermagem sobre o desconforto e a dor do recém-nascido: uma proposta de protocolo de cuidado baseado nos métodos não farmacológicos [dissertação] / Raquel Alves Cordeiro ; orientadora, Dra. Roberta Costa - Florianópolis, SC, 2012.
161 p. ; 21cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. dor. 3. recém-nascido. 4. neonatologia. 5. enfermagem. I. , Dra. Roberta Costa. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

RAQUEL ALVES CORDEIRO

**REFLEXÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O
DESCONFORTO E A DOR DO RECÉM-NASCIDO: UMA
PROPOSTA DE PROTOCOLO DE CUIDADO BASEADO NOS
MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

**MESTRE PROFISSIONAL – GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM**

e aprovada em 12 de julho de 2012, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.



Dra. Francine Lima Gelbcke
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:




Dra. Roberta Costa
Presidente



Dra. Maria Emília de Oliveira
Membro



Dra. Patrícia Kuersten Rocha
Membro



Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza
Membro

AGRADECIMENTOS

Nesta caminhada em nenhum momento estive só, trilhei sempre com palavras de conforto e sabedoria. Foi difícil voltar para sala de aula, sentar e ter que retomar os estudos. Mesmo assim, foi muito gratificante entender porque temos que ser bons formadores de cérebros e poder auxiliar nesse processo.

Agradeço minha orientadora, Dra. Roberta Costa, pessoa amiga pelo seu constante sorriso, embora muitas vezes, tenho certeza de que gostaria de me dar um “cartão amarelo”. Agradeço pela paciência e estímulo neste árduo caminho.

Aos meus amores Marcelo, nossas filhas Maria Emília e Ana Luíza, desculpem meus momentos difíceis. Agradeço muito a vocês pela paciência e aulas de informática que me deram. Amo vocês!

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela disponibilidade e consideração quando necessitei. E em especial, à professora Dra. Francine Lima Gelbcke, pelos constantes estímulos. Obrigada!

Aos colegas e pessoas amigas, minha segunda família na neo, obrigada por dividir momentos de cansaço, de descontração e socialização de novos conhecimentos. À Claudete e Mariza, pela cumplicidade. Muito obrigada!

Aos colegas do Mestrado obrigado pelos momentos de altos e baixos, mas enfim, estamos alcançando nossos propósitos. À amiga Eliete o meu muito obrigado.

Às professoras Dra. Patrícia Kuerten Rocha, Dra. Maria Emília de Oliveira, Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza, Dra. Jane Cristina Anders e à aluna do Doutorado Melissa Honório componentes da banca examinadora, agradeço pelas contribuições, sugestões e disponibilidade na leitura deste estudo. À professora Dra. Maria de Lourdes Campos Hames que participou da banca de qualificação, obrigado pelas considerações acerca do projeto a ser desenvolvido. Suas colocações possibilitaram a concretização desta pesquisa.

Ao Grupo de Pesquisa em Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR), pelo acolhimento, contribuições e trocas de experiências.

E finalmente, agradeço a Deus, por tudo e por todos!

CORDEIRO, Raquel Alves. **Reflexões da equipe de enfermagem sobre o desconforto e a dor do recém-nascido:** uma proposta de protocolo de cuidado baseado nos métodos não farmacológicos. 2012. 161p. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

Orientadora: Dra. Roberta Costa

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

RESUMO

Trata-se de uma Pesquisa Convergente-Assistencial que teve como objetivos “refletir sobre a prática da enfermagem na avaliação do desconforto e da dor e sobre as estratégias não farmacológicas utilizadas para minimizá-los” e “construir uma proposta de protocolo de cuidado no manejo do desconforto e da dor no recém-nascido em unidade de terapia intensiva neonatal, utilizando métodos não farmacológicos”. Foi realizada na unidade de neonatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Os sujeitos foram quatro enfermeiras, dez técnicos de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem e duas acadêmicas de enfermagem. A coleta de dados foi realizada em duas etapas, sendo que no primeiro momento foi desenvolvido um processo educativo reflexivo, através de quatro grupos reflexores baseados na metodologia problematizadora com a aplicação do Arco de Charles Maguerez, em que os profissionais puderam socializar suas concepções, crenças, valores e formas de perceber que o recém-nascido vivencia momentos de desconforto e dor durante sua hospitalização. Nestes encontros foram realizadas leituras de artigos com temática pertinente, promovendo análise crítica com relação ao uso de métodos não farmacológicos. A segunda etapa da pesquisa constou da observação participante, na unidade de neonatologia, junto aos profissionais da equipe de enfermagem com intuito de validar os dados encontrados nos grupos de reflexão e avaliar na prática o que os profissionais da enfermagem utilizam como estratégias para avaliar e minimizar a dor nos recém-nascidos. A análise seguiu os quatro processos da pesquisa convergente-assistencial: apreensão, síntese, teorização e transferência. Os resultados estão apresentados a partir de dois manuscritos. No

primeiro manuscrito, intitulado “Reflexões da equipe de enfermagem sobre o manejo do desconforto e da dor em recém-nascido na unidade neonatal”, encontramos três categorias: os estímulos ambientais provocam dor e desconforto; procedimentos invasivos como principais causadores da dor; a enfermagem reconhece os sinais de desconforto e dor emitidos pelo bebê. A fala dos profissionais possibilitou construção de novas concepções e renovação da prática. No segundo manuscrito, intitulado “Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem” foi apresentada uma proposta de protocolo que possibilitou a padronização das estratégias de cuidado no manejo do desconforto e da dor no recém-nascido. Esta proposta contribui para um melhor atendimento prestado na unidade neonatal, para redução do desconforto e da dor vivenciado pelo neonato durante a hospitalização e também repercute em menor número de sequelas e melhor qualidade de vida para o recém-nascido e família. Os resultados permitem afirmar que os profissionais de enfermagem reconhecem que o recém-nascido apresenta dor ou sinais de desconforto e que ações não farmacológicas devem ser utilizadas no intuito de prevenir o desconforto e a dor promovendo uma assistência humanizada.

Descritores: Dor; recém-nascido; neonatologia; enfermagem.

CORDEIRO, Raquel Alves. **Reflections of the nursing staff about the discomfort and pain of the newborn: a proposed protocol for care based on non-pharmacological methods.** 2012. 161 p. Thesis (Professional Master's Degree in Nursing Care Management) - Professional Master's Degree in Nursing Care Management, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

Advisor: Dr. Roberta Costa

Research Line: The care and the process of living, being healthy, and getting sick.

ABSTRACT

The following research is characterized as a Convergent-Assistential Research aiming to "reflect on nursing practice in the assessment of pain and discomfort and on non-pharmacological strategies used to minimize them" and "build a proposed protocol for the management of care discomfort and pain in newborns in neonatal intensive care unit, using non-pharmacological methods." The research has been conducted in the neonatal unit of the University Hospital of the *Universidade Federal de Santa Catarina*. The subjects were four nurses, ten nursing technicians, an auxiliary nurse, and two nursing students. Data collection has been performed into two stages. First time presented the development of a reflective educational process through four groups based on questionable methodology applying Magueres Charles Arch, where professionals could socialize their ideas, beliefs, values, and ways of perceiving the newborn experience moments of discomfort and pain during their hospital admission. These meetings were held with thematic readings of relevant papers, promoting critical analysis regarding the use of non-pharmacological methods. The second phase of the research was performed with the participant observation in the neonatal unit, along with professional nursing staff in order to validate the data found in the groups and assesses the practical nursing professionals who use such strategies to evaluate and minimize pain in newborns. The analysis followed the four processes of convergent-care research: gathering, synthesis, theory, and transfer. Results are presented from two manuscripts. In the first manuscript, entitled "Reflections of the nursing staff on the management of discomfort and pain in newborns in the neonatal unit," three categories have been raised: environmental stimuli cause pain and discomfort; invasive procedures as the main causes of pain; nursing recognize signs of discomfort and pain showed by the

baby. The speech of professionals allowed the construction of new concepts and renewal of the practice. In the second manuscript, entitled "Methods for non-pharmacological relief from the discomfort and pain in the neonate: a collective construction of nursing", it has been presented a proposed protocol that enabled the standardization of care strategies in the management of pain and discomfort in the newly born. This proposal contributes to better care provided in the neonatal unit, to reduce the discomfort and pain experienced by neonates during hospital admissions and also reflected in fewer sequels and better quality of life for the newborn and family. The results indicate that nursing professionals recognize that the baby has signs of discomfort or pain and no pharmacological actions should be used in order to prevent discomfort and pain promoting a humanized assistance.

Descriptors: Pain; newborn; neonatology, nursing.

CORDEIRO, Raquel Alves. **Reflexiones del equipo de enfermería sobre la incomodidad y el dolor del recién nacido:** una propuesta de protocolo de cuidado con base en los métodos no farmacológicos. 2012. 161 p. Tesina (Maestría Profesional Gestión del Cuidado en Enfermería) – Curso de Maestría Profesional Gestión del Cuidado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

Orientadora: Dra. Roberta Costa

Línea de Investigación: El cuidado y el proceso de vivir, ser saludable y enfermarse.

RESUMEN

Se trata de una Investigación Convergente-Asistencial que tuvo como objetivos “reflexionar sobre la práctica de enfermería en la evaluación de la incomodidad y del dolor y sobre las estrategias no farmacológicas utilizadas para disminuirlos” y “construir una propuesta de protocolo de cuidado en el manejo de la incomodidad y del dolor en el recién nacido en unidad de terapia intensiva neonatal, utilizando métodos no farmacológicos”. Fue efectuada en la unidad de neonatología del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Santa Catarina. Los sujetos fueron cuatro enfermeras, diez técnicos en enfermería, una auxiliar de enfermería y dos académicas de enfermería. La recolección de datos fue realizada en dos etapas, siendo que en un primer momento fue desarrollado un proceso educativo reflexivo, a través de cuatro grupos consideradores con base en la metodología de problematización con la aplicación del Arco de Charles Maguerez, en el cual los profesionales pudieron exponer sus concepciones, creencias, valores y formas de percibir que el recién nacido vive momentos de incomodidad y dolor durante su internación. En dichos encuentros se hicieron lecturas de artículos con la temática pertinente, promocionando un análisis crítico sobre el uso de métodos no farmacológicos. La segunda etapa se constituyó de observación participante, en la unidad de neonatología, junto a los profesionales del equipo de enfermería con el objetivo de validar los datos encontrados en los grupos de reflexión y evaluar en la práctica lo que los profesionales de enfermería utilizan como estrategias para evaluar y disminuir el dolor en los recién nacidos. El análisis siguió los cuatro procesos de investigación convergente-asistencial: aprehensión, síntesis, teorización y transferencia. Los resultados están presentados a partir de dos manuscritos. En el primero, cuyo título es:

“Reflexiones del equipo de enfermería sobre el manejo de la incomodidad e del dolor en recién nacido en unidad neonatal”, encontramos tres categorías: los estímulos ambientales provocan dolor e incomodidad; procedimientos invasivos como principales causadores del dolor; la enfermería reconoce los señales de incomodidad y dolor producidos por el bebe. Lo que dicen los profesionales posibilitó la construcción de nuevas concepciones y renovación de la práctica. En el segundo manuscrito, cuyo título es: “Métodos no farmacológicos para alivio de la incomodidad y del dolor en el recién nacido: una construcción colectiva de enfermería” fue presentada una propuesta de protocolo que hizo posible la configuración de estrategias de cuidado en el manejo de la incomodidad y del dolor en el recién nacido. Esta propuesta contribuye para un mejor atendimento en la unidad neonatal, para la reducción de la incomodidad y del dolor vividos por el neonato durante su internación y también repercute en un menor número de secuelas y mejor calidad de vida para el recién nacido y la familia. Los resultados permiten decir que los profesionales de enfermería reconocen que el recién nacido siente dolor y demuestra señales de incomodidad y que acciones no farmacológicas deben ser utilizadas con el objetivo de prevenir la incomodidad y el dolor promocionando una asistencia humanizada.

Descriptores: dolor; recién nacido; neonatología; enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Arco proposto por Charles Maguerez.....	56
Figura 2: Arco da problematização referente ao processo educativo reflexivo realizado com a equipe de enfermagem da UTIN – Florianópolis-SC, 2012.	68
Figura 3: Foto representando a adaptação do uso da malha tubular – contenção facilitada (abril de 2011).	143

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	15
1 INTRODUZINDO O TEMA.....	19
2 APROXIMAÇÃO COM A LITERATURA	25
2.1 AS REPERCUSSÕES DO AMBIENTE DA UTIN NO RN	25
2.2 O MANEJO DA DOR EM RN	27
3 MARCO REFERENCIAL	47
3.1 CONCEITOS	47
3.2 PRESSUPOSTOS	49
4 DESCREVENDO O CAMINHO METODOLÓGICO.....	51
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	51
4.2 LOCAL E SUJEITOS DE ESTUDO	52
4.3 COLETA DOS DADOS	54
4.3.1 Processo Educativo Reflexivo.....	54
4.3.2 Observação Participante.....	56
4.4 ANÁLISE DOS DADOS	58
4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	59
5 RESULTADOS.....	61
5.1. RESULTADOS DESCRITIVOS DOS DADOS COLETADOS:..	61
5.1.1 Resultados do Processo Educativo Reflexivo	61
5.1.2 Resultados da Observação Participante.....	68
5.2. MANUSCRITO 1: REFLEXÕES DA EQUIPE DE ENFERMA- GEM SOBRE O MANEJO DO DESCONFORTO E DA DOR EM RECÉM-NASCIDO NA UNIDADE NEONATAL	73
5.3 MANUSCRITO 2: MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DO DESCONFORTO E DA DOR NO RECÉM-NASCIDO: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA DA ENFERMAGEM	87
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS	105
APÊNDICES.....	113
ANEXOS	157

1 INTRODUZINDO O TEMA

Nascem anualmente 20 milhões de crianças prematuras e de baixo peso em todo o mundo. Destas, um terço morrem antes de completar um ano de vida (BRASIL, 2011). A primeira causa de mortalidade infantil no Brasil são as afecções perinatais que compreendem os problemas respiratórios, as asfixias ao nascer e as infecções, mais comuns em crianças prematuras e de baixo peso (BRASIL, 2011). A falta de planejamento familiar, o uso de fumo/drogas, sedentarismo, agitação do dia-a-dia, gravidez em adolescentes, além de outros fatores vêm contribuindo para aumento de nascimentos de crianças prematuras. No Brasil, de acordo com os dados de 2009, dos 2.881.581 nascidos vivos, 70.1/1000 são prematuros; em Santa Catarina, dos 83.337 nascidos vivos, 7.32/1000 são prematuros e na grande Florianópolis, dos 14.898 nascidos vivos 7.24/1000 são prematuros (SINASC, 2009).

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), segundo Bochembuzio e Gaidzinski (2005), constitui-se em ambiente terapêutico apropriado para tratamento de recém-nascidos (RN) de alto risco. Essas unidades são consideradas de alta complexidade assistencial, pela gravidade das condições de vitalidade dos recém-nascidos e pelo uso da tecnologia de ponta.

Ao longo do tempo, a UTIN transformou-se em um local agitado, com grande número de profissionais e monitores barulhentos. A tecnologia de cuidado resultou igualmente em aumento de manipulação dos prematuros, levando-os a permanecer sob forte luminosidade e ruídos ambientais durante todo o tempo (LAMY, 2005). Na UTIN, o RN prematuro ou doente permanece exposto a uma série de eventos que podem ser considerados desconfortáveis, tais como: alto nível de ruído, luz forte e constante, manuseio frequente, cuidados que não levam em conta as suas necessidades comportamentais e fisiológicas, bem como muitos procedimentos dolorosos. Esse meio é totalmente diferente do suporte e isolamento fornecido pelo útero em termos de controle térmico, nutrição adequada, contenção de movimentos, isolamento sonoro e isolamento luminoso. Assim, o foco da assistência nestas unidades, que antes se preocupavam apenas com a sobrevivência dos bebês, hoje se direciona à sobrevida de crianças neurologicamente intactas, dando origem, nos últimos anos, às abordagens de cuidado centradas na família e de cuidado individualizado de apoio ao desenvolvimento (VANDENBERG, 1996; SCOCHI et al., 2001;

COSTA, 2009).

É neste ambiente hospitalar que o RN é exposto comumente a muitos procedimentos desconfortáveis e dolorosos (GAIVA; DIAS, 2002). Estima-se que como parte dos cuidados de rotinas nas UTIN's, cada RN gravemente enfermo seja submetido a cerca de 50 a 150 procedimentos dolorosos por dia (GUINSBURG, 1999). Com isso, torna-se importante saber decodificar os sinais de desconforto e dor para estabelecer ações adequadas no sentido de diminuir e/ou evitar efeitos nocivos a curto e longo prazo para desenvolvimento dos RN's. Neste sentido, temos que inferir ações que possam promover e minimizar estes fatores desencadeantes de desconforto e dor.

Sabe-se que a avaliação da dor é algo subjetivo e abstrato. A dificuldade de avaliação e mensuração da dor no RN constitui-se no maior obstáculo ao tratamento adequado da dor nas UTIN's. É necessário dispor de instrumentos que “decodifiquem” a linguagem da dor (GUINSBURG, 2003). Vários métodos têm sido utilizados para mensurar a percepção/sensação de dor. Alguns métodos consideram a dor como uma qualidade simples, única e unidimensional que varia apenas em intensidade, mas outros a consideram como uma experiência multidimensional composta também por fatores afetivo-emocionais. Os instrumentos unidimensionais são designados para quantificar apenas a severidade ou a intensidade da dor. Exemplos desses instrumentos são as escalas de categoria numérica/verbal e a escala analógico-visual que são frequentemente empregadas em ambientes clínicos e pacientes adultos, por serem de aplicação fácil e rápida. Os instrumentos multidimensionais, de outro lado, são empregados para avaliar e mensurar as diferentes dimensões da dor a partir de variados indicadores de respostas e suas interações. As principais dimensões avaliadas são a sensorial, a afetiva e a avaliativa. Algumas escalas multidimensionais incluem indicadores fisiológicos, comportamentais, contextuais e, também, os autorregistros por parte do paciente. Exemplos desses instrumentos são a escala de descritores verbais diferenciais, o Questionário McGill de avaliação da dor e a teoria da detecção do sinal (SOUSA, 2002).

Como o RN apresenta uma linguagem peculiar e não consegue manifestar sua dor verbalmente, foram desenvolvidas escalas multidimensionais para auxiliar o profissional de saúde na avaliação da dor. Uma série de parâmetros físicos e comportamentais se modifica no RN diante de um estímulo doloroso, desde a frequência cardíaca e respiratória, a saturação de oxigênio, a pressão arterial e concentrações hormonais, até o movimento corporal, a mímica facial e o choro, entre

outros. Dentre os parâmetros fisiológicos de dor, os mais utilizados para a avaliação do fenômeno doloroso na prática clínica são a frequência cardíaca, a frequência respiratória, a saturação de oxigênio e a pressão arterial sistólica. A avaliação comportamental da dor fundamenta-se na modificação de determinadas expressões comportamentais após um estímulo doloroso. As respostas comportamentais à dor mais estudadas são a resposta motora à dor, a mímica facial, o choro e o padrão de sono e vigília (GUINSBURG, 2003). Exemplos de escalas de avaliação da dor utilizados em RN são o Sistema de Codificação da Atividade Facial (SCAFN), a Escala de Avaliação de Dor (*Neonatal Infant Pain Score - NIPS*) e o Perfil de Dor do Prematuro (PIPP).

Dentre as escalas de dor publicadas, na UTIN em que atuo, utiliza-se a *Neonatal Infant Pain Score* (Anexo 1) associado aos métodos farmacológicos e não farmacológicos no manejo do alívio da dor em RN's, antes, durante e após os procedimentos causadores da mesma. A NIPS é composta por seis indicadores de dor, sendo cinco comportamentais e um fisiológico, incluindo a expressão facial, o choro, a movimentação de braços e pernas, o estado de sono/alerta e o padrão respiratório. É importante destacar que a dor é considerada o quinto sinal vital, devendo ser incorporada em cada verificação de sinais vitais.

A abordagem do tema do manejo no alívio da dor e desconforto em prematuros por parte da enfermagem, baseado nos métodos não farmacológicos, emerge como necessidade de perceber a sutileza da expressão de dor no bebê, de melhor leitura corporal, além da aplicabilidade mais consensual e amplamente humanizada das técnicas explicitadas em UTIN. Tem como resultado a prevenção ou minimização de futuras perdas psicomotoras, auditivas, visuais, além de limitações cognitivas (HENNIG; GOMES; GIANINI, 2006).

Estudos de acompanhamento em longo prazo de recém-nascidos que necessitaram de UTIN por longos períodos, têm apontado o aumento de sequelas incapacitantes, doenças crônicas, neurológicas, dificuldades de aprendizado e distúrbios cognitivos da linguagem, visão, audição e comportamentais, dentre outros. Alguns estudos sugerem que parte dessa morbidade pode representar injúrias no desenvolvimento do cérebro, advindas da estimulação estressante do ambiente de cuidado intensivo (SCOCHI, 2001; TOMMISKA et al., 2003; FRAGA et al., 2008).

Acredito que neste processo de identificar e prevenir sinais de desconforto e dor no RN, a enfermagem tem participação especial, pois permanece as 24 horas do dia acompanhando e interpretando a leitura dos equipamentos e as expressões (manifestações) físicas e

comportamentais dos RN's, percebendo nuances que os demais membros da equipe de saúde, inclusive os pais, acabam não observando. Dentre eles, destaco o choro, a irritação, a agitação no berço/incubadora, a alteração das frequências cardíaca e respiratória, flexões dos membros, membros hipotônicos, coloração da pele, entre outros. Enfim, a equipe de enfermagem tem papel importante na percepção destes sinais de desconforto, evitando assim a desorganização¹ deste RN, ou mesmo a demora na reorganização levando ao desgaste calórico e perda de peso.

Nas publicações recentes e também na prática em algumas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais percebemos que algumas ações são preconizadas no intuito de prevenir a dor e o desconforto com uma assistência humanizada, tais como: ambiente o mais acolhedor possível; diminuição e/ou eliminação do ruído ao seu redor; diminuição da incidência de luz forte sobre o RN; agrupamento das coletas de sangue; minimização da quantidade de esparadrapos e outras fitas adesivas; racionalização da manipulação do RN (manipulação mínima); contenção² do RN em ninho - com suporte postural; otimização da monitoração não invasiva; deslocamento do funcionário mais habilitado para o cuidado do RN mais instável; estímulo à presença dos pais e familiares próximos, estimulando o toque e o contato físico, e a posição canguru (COSTA, 2005; MEDEIROS, MADEIRA, 2006; SILVA, GOMEZ, MÁXIMO, SILVA, 2007; CRESCÊNCIO, ZANELATO, LEVENTHAL, 2009; BRASIL, 2011).

Entre as medidas não farmacológicas podemos citar ainda: sucção não nutritiva, mudanças de decúbito, suporte postural, diminuição de estimulações táteis, aleitamento materno precoce, glicose oral antes e após aplicação de um estímulo doloroso. Tais procedimentos têm sido utilizados para o manejo da dor durante procedimentos dolorosos para facilitar a organização e auto-regulação dos neonatos pré-termo (GUINSBURG, 2003; GASPARD, 2005). Porém, muitas vezes estas técnicas são utilizadas sem um padrão no cuidado prestado.

Atuando como enfermeira de uma UTIN do sul do Brasil também percebo na prática que os profissionais da equipe de saúde têm dificuldade de identificar e avaliar corretamente o desconforto e a dor do

¹ A organização do bebê reflete sua habilidade em estabelecer um nível de funcionamento integrado entre os sistemas fisiológicos e comportamentais. O RN prematuro tem dificuldade de manter o equilíbrio entre os dois sistemas e o profissional de saúde deve auxiliá-lo para evitar a desorganização do RN e conseqüentemente maior gasto energético (BRASIL, 2011).

² É uma medida que favorece a auto-organização e sugere um prolongamento do ambiente intra-uterino, a partir de uma organização postural e da sensação de segurança. É a promoção de um conforto efetivo, em que se atenuam respostas psicológicas e comportamentais de dor em neonatos (NICOLAU et al., 2008).

RN e que apesar de muitas vezes já utilizarem os métodos não farmacológicos para conforto e alívio da dor, estes métodos muitas vezes não são utilizados de forma sistematizada.

Neste sentido, julgo importante realizar um estudo para refletir junto aos profissionais da equipe de enfermagem de que forma os mesmos avaliam o desconforto e a dor no RN, além de sistematizar quais as ações são executadas pela equipe para reduzir a dor. Pretendo com este estudo elaborar uma proposta de protocolo no manejo do desconforto e da dor em bebês internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, visando padronizar as práticas de cuidado e minimizar as sequelas para os Ns.

Desta forma, este estudo apresenta as seguintes **questões investigativas**:

- Como a equipe de enfermagem avalia o desconforto e a dor no recém-nascido internado em uma UTIN?
- Quais são os métodos não farmacológicos utilizados pela equipe de enfermagem no manejo do desconforto e da dor e em que circunstâncias os mesmos são utilizados?

Neste sentido, o presente estudo tem os seguintes **objetivos**:

- Refletir sobre a prática da enfermagem na avaliação do desconforto e da dor e sobre as estratégias não farmacológicas utilizadas para minimizá-los.
- Construir uma proposta de protocolo de cuidado no manejo do desconforto e da dor no RN em UTIN, utilizando métodos não farmacológicos.

Os resultados obtidos podem contribuir para um melhor atendimento prestado ao RN na UTIN, reduzindo o desconforto e a dor vivenciados durante a hospitalização e também repercutindo em menor número de sequelas e melhor qualidade de vida para o neonato e família.

2 APROXIMAÇÃO COM A LITERATURA

2.1 AS REPERCUSSÕES DO AMBIENTE DA UTIN NO RN

A prematuridade, segundo definição da Organização Mundial de Saúde (1969), é quando a criança nasce antes da trigésima sétima semana de gestação. Sabemos que o limite para viabilidade de um prematuro viver é por volta do sexto mês de gravidez, pois antes desta data a maturidade pulmonar não é atingida e a criança não pode respirar por si só (BRASIL, 2011).

O período de maior desenvolvimento das células neurais ocorre ao longo do sexto mês de gravidez. Estas células fazem grandes conexões entre si até o quinto ano de vida e este processo é menos intenso até os dezoito anos de vida. É também neste período que as áreas do córtex cerebral se diferenciam: mais particularmente o lobo frontal que tem como funções amortizar e filtrar as informações sensoriais. Então, é neste momento que o prematuro pode receber as informações visuais, auditivas, olfativas, gustativas, somestésicas e sinestésicas. É assim que o prematuro percebe o mundo que o rodeia (FABRE-GRENET, 1997).

Apesar dos avanços tecnológicos em neonatologia que têm colaborado para a diminuição da mortalidade infantil, especialmente entre RN extremamente prematuro, o ambiente de UTIN é impactante no desenvolvimento neuromotor do neonato. Em anos passados alguns profissionais consideravam que o RN não estava ciente do seu ambiente e era incapaz de participar em uma interação significativa, incapaz de ouvir, ver, possuir olfato e sentir o sabor. Pesquisas realizadas nos últimos 10 a 20 anos demonstraram que os RN's a termo são capazes de perceber seu ambiente e mudar utilizando comportamentos específicos para isso (LOTT, 1989; BRAZELTON, 1998).

O ambiente da UTIN, no entanto, proporciona um espaço aos recém-nascidos prematuros diferente do mundo intra-útero. O útero materno é ideal para o crescimento e o desenvolvimento fetal, permitindo ao feto repouso e sono profundo, que colaboram para o crescimento cerebral. Em contraposição, a UTIN é bem distinta, com iluminação intensa e contínua, repleta de barulho e interrupção frequente dos períodos de sono e repouso, com procedimentos e atividades diversas, prejudicando o desenvolvimento neuromotor dos RN's ali internados.

Como forma de exemplificar tal situação, um estudo citado por Tamez e Silva (2006) aponta que durante a vida intrauterina o feto está em sono profundo aproximadamente 80% do tempo, o que promove o crescimento cerebral e sua maturidade. Após o nascimento e a admissão na UTIN, o sono do RN é interrompido, em média, de 132 vezes em 24 h, com períodos de descanso de 4,6 a 9,2 minutos consecutivos. O prematuro enfermo tem claramente prejudicada a habilidade em adaptar-se ao ambiente dotado de fatores que causam desconforto, tais como: barulho, excesso de luz e excesso de manuseio. Além disso, o próprio local em que está apoiado é limitante e de fácil desorganização, o que resulta na instabilidade das funções fisiológicas, entre as quais: apneia, bradicardia, diminuição das trocas gasosas, aumento da demanda calórica, afetando seu desenvolvimento neuromotor. Sendo estes prematuros tão susceptíveis aos efeitos do meio ambiente e levando-se em consideração, ainda, que quanto menor a idade gestacional maior o comprometimento, uma vez que o desenvolvimento cerebral não está completo, temos um aumento do risco de maturação cerebral anormal.

Os meios de comunicação do prematuro começaram a ser reconhecidos por volta da metade do século XX, quando se aprofundaram os conhecimentos em relação ao sistema sensitivo e as habilidades interativas do RN. Als e colaboradores (1986) escreveram sobre a maneira de avaliar a individualidade e a comunicação do RN definindo que a competência da habilidade de comunicação do RN envolve um grau de suavidade e modulação, bem como regulação e aumento da diferenciação dos cinco subsistemas funcionais: autônomo, motor, sistema de atenção/interação, de organização dos estados de vigília/sono e regulador. Utilizar o comportamento do RN como forma de comunicação é importante para que assim possamos identificar se ele desenvolveu habilidade de ajustar-se em resposta ao desconforto. Se esta adaptabilidade não ocorreu, temos que avaliar as intervenções que utilizamos para fazer este RN acalmar-se e estabilizar-se.

A linguagem da dor no RN está relacionada com a habilidade e percepção dos profissionais em decodificar estas manifestações de dor, buscando exercer a sua função e obrigação máxima: diminuir o sofrimento do prematuro.

Estudos têm demonstrado que o RN apresenta maturidade para transmissão aferente da dor (periférica, espinhal e supra-espinhal) com 26 semanas de idade gestacional (MOREIRA; LOPES; CARVALHO, 2004; MEDEIROS; MADEIRA, 2006). Segundo Fitzgerald e Beggs (2001), os prematuros não só são capazes de sentir dor como também são mais sensíveis do que crianças mais velhas, pois a mielinização

incompleta das fibras nervosas responsáveis pela dor não apenas não diminui a possibilidade de dor como também encurta a distância, diminuindo a velocidade de propagação e aumentando o tempo da sensação de dor, além do que no córtex cerebral do feto há uma grande quantidade de neurotransmissores da dor.

O reconhecimento de que os RN's, principalmente os prematuros, podem sentir desconforto e dor é de fundamental importância no cuidado com o bebê. O manuseio do desconforto e da dor incluem medidas ambientais, comportamentais e métodos não farmacológicos. Entretanto, em alguns casos como enterocolite necrosante, punção lombar, drenagem de tórax, entre outros, o uso de analgésicos também se faz necessário (MOREIRA; LOPES; CARVALHO, 2004).

Entre as medidas não farmacológicas utilizadas para alívio da dor estão a sucção não nutritiva, mudanças de decúbito, suporte postural, diminuição de estimulações táteis, aleitamento materno precoce, glicose oral antes e após aplicação de um estímulo doloroso. Tais procedimentos têm sido utilizados para o manejo da dor durante procedimentos dolorosos para facilitar a organização e auto-regulação dos neonatos pré-termos (GUINSBURG, 2003; GASPARD, 2005).

Entretanto, ainda existem muitas discussões e controvérsias sobre o método mais eficaz para o alívio da dor. De maneira geral, os profissionais de saúde expressam dificuldades em diagnosticar e lidar com a dor do RN devido às falhas nos conhecimentos básicos sobre a experiência dolorosa nos neonatos (GAIVA, DIAS, 2002; CRESCÊNCIO, ZANELATO, LEVENTHAL, 2009).

2.2 O MANEJO DA DOR EM RN

Com intuito de conhecer o estado da arte acerca do manejo da dor em RN, foi realizada uma consulta a artigos publicados em revistas indexadas e elaborado um manuscrito em co-autoria com a minha orientadora que será submetido à Revista Enfermagem da UERJ.

O MANEJO DA DOR EM RECÉM-NASCIDO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA³

Raquel Alves Cordeiro⁴

Roberta Costa⁵

RESUMO: O objetivo desse estudo foi realizar uma revisão integrativa acerca do manejo da dor em recém-nascidos em unidade de terapia intensiva neonatal, usando medidas não farmacológicas e farmacológicas. Foi realizada a busca de artigos científicos nas bases de dados LILACS e SCIELO, no período entre 2006 a 2011, utilizando os descritores: dor, recém-nascido e neonatologia. Foram analisados 28 artigos que atenderam aos critérios de inclusão deste estudo. Pesquisas na literatura revelam que embora todos os profissionais saibam que o recém-nascido sente dor, poucas são as ações para o manejo do alívio dos sintomas. Intervenções para a prevenção e minimização dos efeitos deletérios da dor do neonato devem ser inferidas através de capacitação, sensibilização dos profissionais da saúde, assim como a institucionalização de sistematização e padronização das práticas na assistência ao recém-nascido.

Descritores: Dor; recém-nascido; neonatologia; enfermagem.

ABSTRACT: The aim of this study was to conduct an integrative review about pain management in newborns in neonatal intensive care unit using non-pharmacological and pharmacological. We performed a search of scientific literature in LILACS and SCIELO in the period 2006 to 2011 using the keywords pain, newborn and neonatology. We analyzed 28 articles that met the inclusion criteria of this study. Research literature shows that although all professionals know that newborns feel pain, there are few actions for the management of relief of symptoms. Interventions for preventing and minimizing the deleterious effects of pain in neonates should be inferred through training, awareness of health professionals, as well as the institutionalization of systematic and standardized in assisted care.

³ Recorte da Dissertação de Mestrado: “Reflexões da equipe de enfermagem sobre o desconforto e a dor do recém-nascido: uma proposta de protocolo de cuidado baseado nos métodos não farmacológicos”, PEN/UFSC, 2012.

⁴ Enfermeira da unidade neonatal do HU/UFSC. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem do PEN/UFSC. Membro do GRUPESMUR.

⁵ Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem PEN/UFSC. Enfermeira da unidade neonatal do HU/UFSC. Membro do GRUPESMUR.

Descriptors: Pain; Infant, newborn; neonatology; nursing.

RESUMEN: El objetivo de este estudio fue realizar una revisión integradora acerca del tema el manejo del dolor en los recién nacidos en unidade de cuidados intensivos con medidas no farmacológicas y farmacológicas. Se realizó una búsqueda de literatura científica en el LILACS y SCIELO en el período 2006 a 2011, por medio de las palabras clave el dolor, los recién nacidos y neonatología. Se analizaron 28 artículos que cumplieron los criterios de inclusión de este estudio. La literatura de investigación muestra que a pesar de todos los profesionales saben que los recién nacidos sienten dolor, no son las acciones para la gestión de la ayuda de ellos. Intervenciones para la prevención y minimización de los efectos nocivos de dolor en los recién nacidos debe ser inferido a través de la formación, la sensibilización de los profesionales de la salud, así como la institucionalización de la sistemática y normalizada en la atención asistida.

Descritores: Dolor; Recién Nacido; Neonatología; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo nascem anualmente 20 milhões de crianças prematuras e de baixo peso. No Brasil, a primeira causa de mortalidade infantil são as afecções perinatais que compreendem os problemas respiratórios, as asfixias ao nascer e as infecções, mais comuns em crianças prematuras e de baixo peso (BRASIL, 2011). Atuando como enfermeiras de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) em um hospital universitário no sul do Brasil, percebemos um aumento gradativo da demanda, com bebês cada vez mais graves e de menor peso. A UTIN constitui-se em ambiente terapêutico apropriado para tratamento de recém-nascido (RN) de alto risco, com um conjunto de equipamentos e uma equipe multidisciplinar (BOCHEMBUZIO; GAIDZINSKI, 2005).

Com o passar do tempo, o ambiente da UTIN transformou-se em um local com grande número de profissionais e monitores barulhentos (LAMY et al., 2005). A tecnologia do cuidado implicou no manuseio excessivo dos prematuros, sendo que o RN fica exposto a uma série de eventos que podem ser considerados desconfortáveis, tais como: alto nível de ruído, luz forte e constante, sem levar em conta as suas necessidades comportamentais e fisiológicas, além dos inúmeros procedimentos invasivos e dolorosos.

A partir do desenvolvimento do conhecimento técnico-científico observou-se que o RN sente dor e desconforto, sendo esta dor um fenômeno abstrato e subjetivo, o que acaba por gerar necessidade na decodificação de seus sinais. O RN apresenta maturidade para transmissão aferente da dor (periférica, espinhal e supra-espinhal) com 26 semanas de idade gestacional (MOREIRA; LOPES; CARVALHO, 2004). Os prematuros não só são capazes de sentir dor como também são mais sensíveis do que crianças mais velhas, pois a mielinização incompleta das fibras nervosas responsáveis pela dor além de não diminuir a possibilidade da dor, encurta a distância, diminuindo a velocidade de propagação e aumentando o tempo da sensação de dor, além do que no córtex cerebral do feto há uma grande quantidade de neurotransmissores da dor (FITZGERALD; BEGGS, 2001).

Estudiosos como Guinsburg e Cuenca (2010) passaram a codificar estes sinais de dor e a utilizar escalas multidimensionais que tentam avaliar estes parâmetros comportamentais (choro, mímicas faciais, padrão de sono vigília, movimentos corporais de rigidez do tórax e movimentos de flexão/extensão das extremidades). Como exemplo destas escalas multidimensionais, podemos citar a *Neonatal Infant Pain Score* (NIPS), o Sistema de codificação da atividade facial neonatal (NFCS), o Perfil da dor do prematuro (PIPP) e o Escore para a avaliação da dor pós-operatória do recém-nascido (CRIES). Na UTIN onde atuamos, utilizamos há dois anos a escala NIPS, associada aos métodos não farmacológicos e/ou farmacológicos no alívio da dor em RN, antes, durante e/ou após procedimentos causadores da mesma.

A compreensão da linguagem da dor no neonato está relacionada com a habilidade e percepção dos profissionais em decodificar estas manifestações de dor a fim do que possam exercer a sua função e obrigação máxima: diminuir o sofrimento do prematuro. Acreditamos que a equipe de enfermagem tem papel importante na prevenção, minimização do estresse e da dor destes RN's, por estar 24hs por dia ao lado destes pequenos seres humanos. Pesquisas afirmam que um neonato em UTIN sofre durante sua permanência de hospitalização, em média, de 50 a 150 procedimentos dolorosos (PRESTES et al., 2005; SOUSA et al., 2006; BUENO; SILVA, 2007). Assim, reforçamos a necessidade dos profissionais de enfermagem no auxílio e na prevenção/minimização das sequelas que podem ser geradas no bebê devidas aos procedimentos dolorosos, tais como: perdas psicomotoras, perdas auditivas, limitações cognitivas e perdas visuais. Vários estudos têm sinalizado para a importância dos métodos não farmacológicos no alívio da dor em UTIN (MEDEIROS; MADEIRA, 2006; NICOLAU et

al., 2008; GUIMARÃES; VIEIRA, 2008).

O manejo da dor a partir dos métodos não farmacológicos deve ser sistematizado e padronizado, considerando a individualidade de cada RN. O reconhecimento de que os RN's, principalmente os prematuros, podem sentir dor é de fundamental importância no cuidado com o bebê. Cabe enfatizar que o manuseio do desconforto e da dor inclui medidas ambientais, comportamentais, métodos não farmacológicos. No entanto, nas situações como enterocolite necrosante, punção lombar, drenagem de tórax, entre outras, estas medidas não devem substituir o uso de analgésicos (MOREIRA; LOPES; CARVALHO, 2004).

Entre as medidas não farmacológicas utilizadas para o RN, podemos citar: sucção não nutritiva, mudanças de decúbito, contato pele-pele, suporte postural, diminuição de estimulações táteis, aleitamento materno precoce, glicose oral antes e após aplicação de um estímulo doloroso. Tais procedimentos têm sido utilizados para o manejo da dor durante procedimentos dolorosos para facilitar a organização e auto-regulação dos neonatos pré-termo (GUINSBURG; CUENCA, 2010; GASPARD; LINHARES; MARTINEZ, 2005).

Nas UTIN's, os profissionais de saúde vêm introduzindo aos poucos algumas ações no intuito de prevenir a dor e o desconforto e, assim, prestar uma assistência humanizada. Dentre elas, destacam-se: ambiente o mais acolhedor possível; diminuição e/ou eliminação do ruído ao seu redor; diminuição da incidência de luz sobre o RN, agrupamentos das coletas de sangue; prevenção das lesões de pele evitando o uso de fitas adesivas; racionalização da manipulação do RN (manipulação mínima); contenção do RN em ninhos, com suporte postural; otimização da monitoração não invasiva; deslocamento do funcionário mais habilitado para o cuidado do RN mais instável; estímulo à presença dos pais e familiares próximos, e o respectivo incentivo ao toque e o contato físico (posição canguru).

Por entender que a questão da dor no RN é bastante significativa para os profissionais que atuam em UTIN é que justificamos nosso interesse em desenvolver uma revisão integrativa sobre a produção científica na área da saúde, relacionada ao manejo da dor no RN, com o fito de possibilitar a interpretação do conhecimento produzido nesta temática, aliado ao propósito de auxiliar no desenvolvimento de futuras investigações.

Sendo assim, elegemos como questão desta pesquisa: conhecer a produção que existe sobre como os artigos publicados em periódicos da área da saúde têm contribuído para o desenvolvimento do conhecimento

e do cuidado de enfermagem no manejo da dor no RN?

Diante desta questão de pesquisa, este estudo tem como objetivo geral:

- Sintetizar a contribuição das pesquisas produzidas pelos profissionais da saúde sobre o manejo da dor no RN.

Os objetivos específicos são:

- Realizar o levantamento das produções científicas desenvolvidas por profissionais da saúde sobre o manejo da dor no RN;
- Identificar os autores, os tipos de pesquisa, a coerência teórico-metodológica dos artigos e os resultados;
- Analisar descritivamente os resultados das pesquisas produzidas para a construção do conhecimento nesta temática.

METODOLOGIA

Revisão integrativa fundamentada nos critérios propostos por Ganong (1987) para organização dos dados e posterior análise. A revisão integrativa possibilita reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.

Na operacionalização dessa revisão utilizamos as seguintes etapas: seleção da questão temática, estabelecimento dos critérios para a seleção da amostra, representação das características da pesquisa original, análise dos dados, interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para seleção dos artigos, utilizamos os descritores “dor”, “recém-nascido” e “neonatologia”. Realizamos o agrupamento dos descritores da seguinte forma: dor *and* recém-nascido e dor *and* neonatologia. Os critérios utilizados para a seleção da amostra foram: artigos que abordam a temática do manejo da dor em RN, com textos completos; periódicos indexados nos bancos de dados LILACS e SCIELO; artigos publicados no período de janeiro de 2006 a abril de 2011, independentemente do método de pesquisa utilizado. Os critérios de exclusão adotados foram: não ter aderência ao objetivo do estudo, produções publicadas em mais

de um periódico, teses, dissertações, monografias e resumos.

Na primeira etapa da busca foram capturados 44 artigos nas bases SCIELO e LILACS. Realizou-se a leitura na íntegra dos artigos encontrados confrontando-os com o objetivo do estudo, momento em que houve um refinamento, tendo sido desconsiderados os estudos que não atenderam aos critérios de inclusão. Deste modo, selecionamos 28 trabalhos que compuseram o escopo desta revisão.

Elaboramos um formulário de coleta de dados que foi preenchido para cada artigo da amostra final do estudo (Apêndice A). Este formulário permitiu a obtenção de relevantes informações, entre as quais: identificação do artigo e autores; fonte de localização; objetivos, delineamento e características do estudo; coerência teórico-metodológica; análise dos dados, resultados, discussão e conclusões.

Após organização dos artigos procedeu-se a análise dos dados. Em um primeiro momento, foram considerados os aspectos quantitativos, com a mensuração de números absolutos. No segundo momento, analisamos os dados qualitativamente, ou seja, o material foi organizado a partir de dados evidentes nos estudos (elementos componentes), agrupados por semelhanças, dando lugar a categorias temáticas amplas: avaliação da dor e métodos para alívio da dor (Apêndice B).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar o conjunto da amostra (28 artigos), observamos que quanto à profissão dos autores dos artigos a maioria é enfermeiro (12 artigos). Oito artigos foram escritos por médicos. Identificamos também nestes estudos, médicos em co-autoria com alunos de graduação (03 artigos). Encontramos ainda um artigo publicado por médico e enfermeiro, 02 artigos de fisioterapeuta e médico, um artigo de fisioterapeuta e um artigo de médicos e fonoaudióloga.

Via de regra, os profissionais que vêm atuando na UTIN desde sua implantação foram justamente os médicos e enfermeiros, o que pode explicar o maior número de estudos publicados por estes profissionais.

É importante mencionar que somente nos últimos anos é que percebemos a presença dos profissionais fisioterapeutas inseridos nas equipes das UTIN's, principalmente a partir da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC-ANVISA) n.º 7, de 24 de fevereiro de 2010 (BRASIL, 2010), que inclui a presença do fisioterapeuta no turno matutino, vespertino e noturno na UTI. Este fato explica o número reduzido de estudos nesta área de

conhecimento.

Com relação ao ano de publicação dos estudos, observamos maior produção de artigos nos anos de 2006 e 2008. A maioria dos estudos foi proveniente do estado de São Paulo (10). Encontramos também estudos no Maranhão, Alagoas, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais, Paraná e Rio Grande do Sul, porém em menor número. Ainda captamos artigos realizados em países como Peru, Colômbia, Argentina e Uruguai (um artigo de cada país).

O predomínio da produção demonstrado pelo sudeste brasileiro pode ser explicado por ser esta a região onde se concentra o maior número de Programas de Pós-graduação e, em consequência disto, temos um maior número de artigos publicados em periódicos indexados. A Pós-graduação possibilita um espaço que permite o desenvolvimento de pesquisadores, das ações investigativas, dos processos de construção de conhecimento e novas tecnologias (ERDMANN et al., 2005). Somado a esta questão, temos o fato de que na região sudeste encontram-se UTIN's com recursos tecnológicos de ponta e profissionais com qualificação diferenciada.

Encontramos também artigos do Peru, Colômbia, Argentina e Uruguai uma vez que a busca de dados deu-se na base de dados LILACS que abrange periódicos da América Latina e não excluímos os artigos no idioma espanhol.

Quanto ao referencial metodológico, dos 28 artigos apenas 06 são de abordagem qualitativa. Nos demais artigos não há abordagem metodológica explicitada, mas todos mencionam a importância do manejo da dor no cuidado ao recém-nascido em UTIN. Tratar adequadamente a dor nas unidades neonatais significa humanizar a assistência neste ambiente o que inclui a integração do cuidado físico, social e emocional. Todavia, para que tal objetivo seja alcançado se faz necessário comprometimento dos profissionais com seu ambiente de trabalho, além do despertar de uma visão holística do recém-nascido, com proposta de atendimento integral ao indivíduo e sua família (NEVES; CORRÊA, 2008).

Em relação à temática dos estudos, encontramos 09 artigos sobre avaliação da dor e 19 artigos sobre métodos de alívio da dor. A seguir apresentaremos estas duas categorias temáticas, com o intuito de auxiliar no estado da arte do conhecimento produzido pelos profissionais da área da saúde.

Avaliação da dor

Na categoria avaliação da dor, destacamos um estudo que tem

como objetivo chamar a atenção para que a dor do recém-nascido seja valorizada como o quinto sinal vital. Desde janeiro de 2000, a *Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations* (JCAHO) publicou a norma que descreve a dor como quinto sinal vital (BOSS et al.; 2000). Portanto, ela deve ser sempre avaliada e registrada ao mesmo tempo em que são verificados os outros sinais vitais. Esse ato é necessário para que exista conhecimento da conduta tomada, sua razão e seus resultados (BAGATINI et al., 2001). Torna-se necessário incorporar a avaliação da dor destes bebês no dia-a-dia, concomitantemente a ações de cuidado, almejando a humanização da assistência e o alívio da dor, seja prevenindo, minimizando, reduzindo o estresse vivenciado durante a hospitalização e também repercutindo em menor número de sequelas e maior qualidade de vida para o recém-nascido e sua família.

Encontramos estudos que comparam os parâmetros fisiológicos e comportamentais para avaliação da dor utilizando escalas multidimensionais que auxiliam o profissional na decodificação da linguagem da dor (OLIVEIRA et al., 2010; NICOLAU et al., 2008). As escalas multidimensionais foram desenvolvidas para tentar avaliar parâmetros comportamentais (choro, mímica faciais, padrão de sono e vigília, movimentos corporais de rigidez do tórax e movimentos de flexão/extensão das extremidades).

Ainda nesta categoria, temos um estudo que avaliou a questão da dor durante a fisioterapia respiratória em uso de ventilação mecânica (FALCÃO; SILVA, 2008). Torna-se necessário assimilar a avaliação da dor destes bebês no dia-a-dia. Reforçamos a importância tanto dos pais quanto dos profissionais no sentido de identificarem a dor para a qualidade do cuidado prestado ao recém-nascido. O manuseio da dor e do desconforto inclui medidas ambientais e comportamentais.

Também é salientado que a ausência de medidas de alívio para a dor do RN se deve à falta de conhecimento dos profissionais de saúde com relação à resposta aos estímulos causadores da dor e à falta de maior envolvimento dos profissionais com relação à identificação da dor e da necessidade de uma sistematização para manejo da dor nos recém-nascidos (HENNIG; GOMES; GIANINI, 2006; LEITE; CASTRAL; SCOCHI, 2006; BONETTO et al., 2008; NÓBREGA; SAKAI; KREBS, 2007).

Nesta categoria, em um estudo que apresentou a percepção dos profissionais sobre a dor, todos os profissionais de saúde entrevistados acreditavam que o recém-nascido sente dor (NEVES; CORRÊA, 2008). Entretanto, em apenas duas unidades existiam rotinas escritas para o

tratamento da dor, e de 30% a 90% dos recém-nascidos de cada unidade não recebiam qualquer tipo de analgesia durante a realização de procedimentos sabidamente dolorosos (NEVES; CORRÊA, 2008).

Observa-se que embora seja reconhecido que o RN sinta desconforto e estresse que desencadeiam dor, muitas vezes os profissionais não conseguem reduzir os estímulos relativos ao ambiente e ao cuidado intensivo, tais como: excesso de barulho e luminosidade, a falta de agrupamentos de coletas de exames, cuidados de higiene e conforto desordenado, a contenção inadequada ou ausente, entre outras medidas simples e que fazem a diferença na vivência da hospitalização destes pequenos seres e sua família. Mais empenho na tentativa de melhorar os efeitos nocivos e possibilitar uma qualidade de vida melhor no desenvolvimento neuropsicomotor deste SER deveriam ser adotadas como políticas de cuidados nas instituições de saúde.

Uma pesquisa realizada com 30 prematuros com idade gestacional média de 30 semanas mostrou que 23 deles apresentavam escores indicativos de dor (NICOLAU et al., 2008). Além disso, este mesmo trabalho constatou que a fisioterapia respiratória não foi desencadeante de estímulos dolorosos, porém o procedimento de aspiração, por ser invasivo, mostrou-se potencialmente doloroso, devendo ser realizado somente quando estritamente necessário como rotina pré-estabelecida. Outro estudo demonstrou que a contenção de neonato durante a aspiração traqueal promove estabilização clínica e redução da dor, minimizando complicações que podem ser causadas por esse procedimento (FALCÃO; SILVA, 2008).

Estudos relatam que métodos não farmacológicos, como a contenção, realizados juntamente com algum procedimento doloroso, são medidas tranquilizadoras que facilitam a reorganização do bebê (BRASIL, 2011; FALCÃO; SILVA, 2008).

Percebe-se facilmente que o uso de escalas em UTIN ainda não é uma rotina; no entanto, um estudo que analisou como mães e enfermeiras identificam a dor em recém-nascidos prematuros demonstrou que a aplicação da NIPS foi capaz de indicar a ocorrência de dor antes de procedimentos invasivos (SOUSA et al., 2006). Os efeitos deletérios da dor neonatal tornam este evento merecedor de uma abordagem adequada. É importante que a equipe de saúde seja capaz de identificar a dor e prever sua ocorrência mediante procedimentos, instituindo tratamentos adequados para sua minimização e controle. Os resultados deste estudo nos levam a inferir a importância de se instituir a sistematização e a padronização na avaliação e nas ações para o manejo do alívio da dor, como a capacitação e a sensibilização dos profissionais

de saúde em perceber que o RN sente dor e necessita de medidas para redução dos possíveis efeitos deletérios da mesma. Muitos profissionais e pais acreditam que ao reconhecer os sinais de dor poderiam proporcionar reações positivas e desejáveis por parte do neonato. Entre elas, encontram-se: conforto (16,7%); uma recuperação mais rápida do RN (8,3%); e reduzir possíveis sequelas psicológicas na criança (8,3%). Ainda neste estudo, observou-se que as mães identificaram melhor a dor pela expressão facial do que as enfermeiras (SOUSA et al., 2006).

A fragilidade das Instituições em não ter um protocolo de avaliação e medidas no manejo da dor implica numa subjetividade de opiniões individualizadas, resultando na falta de uma aplicabilidade mais consensual de medidas preventivas da dor. A heterogeneidade na avaliação feita por adultos da intensidade da dor do RN é um marcador da dificuldade de se decidir a respeito da necessidade de analgesia em pacientes pré-verbais.

Atualmente, as instituições podem contar com escalas multidimensionais de avaliação da dor, o que tem favorecido a percepção dos profissionais com relação à sua identificação nos recém-nascidos. Um dos estudos avaliou o uso da escala de Susan Givens, que leva em consideração sinais como sono, choro, atividade motora, tônus corporal e a questão do consolo. Os resultados desta pesquisa demonstram uma probabilidade significativa de 95,7% (GONZÁLEZ et al., 2007). Assim, pode ser considerada adequada para a avaliação da dor do neonato. Em virtude do caráter subjetivo da dor, torna-se necessário a utilização do maior número de informações possíveis, sendo que as escalas de avaliação da dor favorecem esse olhar, uma vez que levam em consideração fatores fisiológicos e comportamentais. A utilização simultânea de parâmetros fisiológicos e comportamentais sugere ser a forma mais adequada para a detecção da dor em recém-nascidos prematuros. Entretanto, este estudo deflagra a falta de conhecimento e adesão na aplicação sistematizada destas escalas, fragilizando sua aplicação (GONZÁLEZ et al., 2007).

Nesta categoria encontramos ainda um estudo que aborda as questões relativas à ética no manejo da dor, trazendo aspectos referentes à beneficência, à não maleficência, à autonomia e à justiça. Aponta uma fragilidade no embasamento teórico/conceitual como forma de sistematizar o cuidado prestado ao recém-nascido que sente dor (CHRISTOFFEL et al., 2009). Ressaltamos que estes princípios éticos estão descritos na Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e que todo profissional da área da saúde deve conhecê-los, respeitá-los e tê-los como base para nortear suas ações no cuidado.

Métodos para o alívio da dor

Em relação aos métodos para alívio da dor, encontramos 19 artigos e observamos que estes apresentam dois tipos de métodos: os não farmacológicos e os farmacológicos. Com relação aos métodos não farmacológicos, destacamos um artigo que tem o objetivo de identificar o conhecimento e práticas sobre a “atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método canguru” (AHRNBPMC) (HENNIG; GOMES; GIANINI, 2006). Trata-se de uma política pública que foi elaborada e implementada pelo Ministério da Saúde, através de norma, protocolos e de um amplo processo de capacitação nas diferentes regiões do país (BRASIL, 2011). A AHRNBPMC se caracteriza principalmente pela mudança na forma do cuidado neonatal baseada em quatro princípios básicos:

- Acolhimento do bebê e sua família;
- Respeito às singularidades (cuidado individualizado);
- Promoção do contato pele a pele o mais precoce possível;
- Envolvimento da mãe nos cuidados com o bebê.

Esta atenção humanizada facilita o vínculo mãe-bebê, permite a presença da família na UTIN como suporte para o binômio, promovendo o aleitamento materno, facilitando o manejo da dor em certos procedimentos dolorosos, propiciando o aprendizado quanto aos cuidados com o prematuro e, conseqüentemente, diminuindo a permanência no ambiente hospitalar (BRASIL, 2011).

Outro artigo que encontramos nesta categoria tem como objetivo conhecer sobre a eficácia de intervenções no cuidado ao desenvolvimento do recém-nascido pré-termo em UTIN (GASPARDO; MARTINEZ; LINHARES, 2010). Estudos comprovam que estas intervenções promovem melhora em curto prazo das respostas fisiológicas, comportamentais, neurológicas e clínicas, devido a inserção dos pais nos cuidados ao neonato o mais cedo possível, como nas ocasiões das trocas de fraldas, e aconchego no momento de punções (BRASIL, 2011; MOREIRA; LOPES; CARVALHO, 2004). Os pais que recebem intervenções no cuidado ao desenvolvimento do recém-nascido demonstram maior desempenho em cuidar e o profissional que também realiza estas intervenções passa a perceber que na UTIN os estímulos ambientais, físicos e sociais são de extrema importância para o desenvolvimento destes bebês. Cabe lembrar que o avanço tecnológico, a qualidade e o quantitativo de profissionais capacitados para atender o bebê de risco fizeram com que o ambiente da UTIN passasse a ser um ambiente desencadeador de fatores de estresse e

desconforto no recém-nascido, devido à luminosidade contínua, barulhos, abrir e fechar das portinholas das incubadoras, excesso de procedimentos invasivos, a falta de agrupamento dos cuidados. Muitos desses procedimentos são extremamente necessários, mas na maioria das vezes, não se leva em consideração o que o recém-nascido necessita e o fato que iniciou sua reorganização no meio extra-uterino. Portanto, é importante o desvelo dos profissionais na redução destes estímulos e na inserção dos pais nos cuidados.

Ainda nesta categoria temos artigos que abordam a prevenção e o tratamento no alívio da dor do recém-nascido em UTIN utilizando métodos não farmacológicos como medidas que previnem e minimizam os efeitos deletérios da dor (DÁVILA et al., 2009; CRESCÊNCIO; ZANELATO; LEVENTHAL, 2009; VIGNOCHI; TEIXEIRA; NADER, 2010; LEITE; CASTRAL; SCOCHI, 2006). Entre os métodos não farmacológicos utilizados no manejo do alívio da dor temos a sacarose, a sucção não nutritiva, a contenção, a amamentação, o leite materno, a massagem, as mudanças de decúbitos, entre outros. Para que possamos identificar e decodificar a presença de sinais de dor e desconforto vivenciados por estes bebês, temos que ter em mente a importância de aliviar a dor do RN, usando métodos já citados, através de padronização e sistematização da assistência, tornando-a a mais humanizada possível (GUINSBURG; CUENCA, 2010). Embora se reconheça que o RN sente dor, pouco se tem feito para minimizá-la, tornando-se necessário incorporar e elaborar protocolos da dor em UTIN.

Com relação aos métodos farmacológicos, foram citados o uso dos seguintes medicamentos: Dipirona®, paracetamol®, Emla®, lidocaína®, morfina® e fentanil®. Atualmente não existe um consenso em relação ao melhor esquema farmacológico para tratamento da dor de RN's criticamente enfermos. Apesar da crescente disponibilidade de recursos terapêuticos e de avaliação, observa-se ainda a pouca utilização de analgesia em UTIN (PRESTES et al., 2005; CARBAJAL et al., 2008).

O manejo da dor do RN não é adequado devido à falta de conhecimento dos mecanismos fisiológicos e à aplicação errônea das informações disponíveis (AYMAR; COUTINHO, 2006). As dificuldades para o tratamento adequado da dor no RN não residem somente na falta de opções diagnósticas e terapêuticas, mas em como os profissionais da área da saúde se utilizam dos conhecimentos científicos sobre a presença, diagnóstico e tratamento da dor em sua prática diária

(CASTRO et al., 2003). Como a dor é subjetiva há certa dificuldade na sua avaliação, principalmente nos indivíduos que não conseguem verbalizá-la, em especial nos neonatos.

Mesmo com as possíveis explicações já relatadas para o pouco uso de analgesia em UTIN, deve-se lembrar dos efeitos adversos dos fármacos, relatados como “temíveis” por alguns profissionais. Dentre esses, destaca-se: depressão respiratória, rigidez da parede torácica, tolerância, abstinência e dependência (AYMAR; COUTINHO, 2006). Dentre os fármacos analgésicos (não-opioides), apenas o paracetamol® está liberado para uso no período neonatal. No Brasil, porém, não se dispõe de apresentação para uso parenteral, o que limita sua utilização nas UTIN. Já no grupo dos analgésicos opioides, destacam-se a morfina®, fentanil® e a remifentanil®. Estes podem causar efeitos indesejáveis como a sedação, íleo paralítico, retenção urinária, entre outras (LAGO et al., 2003).

Destacamos que os artigos analisados mencionam que deverão ser realizados mais estudos que garantam o uso de analgésicos com segurança, e sugerem a necessidade de conscientização de que o recém-nascido sente dor e que esta deva ser tratada (MEDEIROS; MADEIRA, 2006; DÁVILA et al., 2009; AYMAR; COUTINHO, 2006; SILVA et al., 2007). A prevenção da dor e a indicação de analgesia devem ser individualizadas e sempre consideradas em todos os recém-nascidos portadores de doenças potencialmente dolorosas e/ou submetidos a procedimentos invasivos, cirúrgicos ou não (SILVA et al., 2007). Evitando a exposição repetida à dor no período neonatal, pode-se aumentar a vulnerabilidade ao estresse e ansiedade na idade adulta.

Os dados analisados indicam também a importância da introdução de disciplina que discuta as estratégias pertinentes à promoção do bem estar do RN no currículo dos cursos da área da saúde (MEDEIROS; MADEIRA, 2006; AYMAR; COUTINHO, 2006). Mais uma vez reforça-se a necessidade de sistematizar e padronizar os cuidados relacionados ao manejo da dor no RN ou mesmo prevenir seus fatores desencadeantes, pois muitos dos procedimentos realizados em UTI poderiam ser mais bem planejados, o que deliberaria, conseqüentemente, ações pertinentes ao alívio da dor que ainda são insuficientes em nosso meio. É pertinente colocar a necessidade de cursos de atualização e envolvimento dos profissionais de saúde no alívio da dor em UTIN, uma vez que a formação tradicional nem sempre capacita estes profissionais para esta prática (NEVES; CORRÊA, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisarmos o conhecimento produzido até o momento, percebemos a importância de se instituir a sistematização e a padronização na avaliação e nas ações para o manejo do alívio da dor. Destacamos a necessidade de capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde para perceber em que o RN sente dor e necessita de medidas para sua redução. A fragilidade das unidades em não ter um protocolo de avaliação da dor e medidas para o seu manejo implica numa subjetividade de opiniões individualizadas, resultando na falta de uma de aplicabilidade mais consensual de medidas preventivas da dor.

A utilização simultânea de parâmetros fisiológicos e comportamentais sugere ser a forma mais adequada para a detecção da dor em recém-nascidos prematuros. Tratar adequadamente a dor nas UTIN's significa humanizar a assistência neste ambiente, o que inclui a integração do cuidado físico, social e emocional. Porém, para que isso seja alcançado se faz necessário comprometimento dos profissionais com seu ambiente de trabalho, buscando um atendimento integral ao indivíduo e sua família.

É necessário novas pesquisas neste campo de conhecimento, principalmente para avaliar a eficácia e segurança de métodos farmacológicos nos recém-nascidos internados em UTIN. Sugerimos também que instituições que já têm protocolo de manejo da dor no neonato compartilhem suas experiências como forma de aprendizagem para outros profissionais que atuam no cuidado ao RN, a fim de garantirmos a redução das sequelas físicas e psicológicas que a internação possa causar para sua vida futura.

REFERÊNCIAS

AYMAR, C.L.G.; COUTINHO, S.B. Fatores relacionados ao uso de analgesia sistêmica em neonatologia. **Rev Bras Ter Intensiva**, v.20, n.4, p. 405-410, 2005.

BAGATINI, A. et al. **Anestesia: a vitória sobre a dor**. Porto Alegre: Sociedade de Anestesiologia do Rio Grande do Sul, 2001.

BOCHEMBUZIO, L.; GAIDZINSKI, R.R. Instrumento para classificação de recém-nascido de acordo com o grau de dependência de cuidado de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 18, n.4, p.382-9, 2005.

BONETTO, G. et al. Prevención del dolor en recién nacidos de término: estudio aleatorizado sobre três métodos. **Arch Argent Pediatr.**, v.106, n.5, p. 392-396, 2008.

BOSS, J. et al. **Pain as the 5th vital sign toolkit**. 2000. Disponível em: <<http://www.va.gov/PAINMANAGEMENT/docs/TOOLKIT.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. **Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n° 7**, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010.

BUENO, M.; SILVA, A. Procedimentos dolorosos em recém-nascidos de baixo risco. **Rev. Min. Enferm.**, v.11, n.3, p. 238-241, 2007.

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.

CASTRO, M.C.F.Z., et al. Perfil da indicação de analgésicos opióides em recém-nascidos em ventilação pulmonar mecânica. **J Pediatr.**, Rio Janeiro, v.79, n.1, p.41-8, 2003.

CHRISTOFFEL, M.M.; et al. Princípios éticos da equipe de enfermagem ao cuidar da dor do recém-nascido. **Rev. Min. Enferm.**, v.13, n.3, p. 321-326, 2009.

CRESCÊNCIO, E.P.; ZANELATO, S.; LEVENTHAL, L.C. Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. **Rev. Eletr. Enf.**, v.11, n.1, p.64-69, 2009.

DÁVILA, R.G.; et al. Dor aguda neonatal com estímulos dolorosos repetitivos, estudo randomizado comparando três métodos analgésicos não farmacológicos. **Rev. Peru Pediatr.**, v.62, n.1, p. 8-14, 2009.

- ERDMANN, A.L.; et al. Teses produzidas nos programas de pós-graduação em enfermagem de 1983-2001. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.39, n.5, p. 497-505, 2005.
- FALCÃO, F.R.C; SILVA, M.A.B. Contenção durante a aspiração traqueal em recém-nascidos. **R. Ci. md. Biol.**, Salvador, v.7, n.2, p.123-131, 2008.
- FITZGERALD, M.; BEGGS, S. The neurobiology of pain: developmental aspect. **Neurocientist.**, v.7, n.3, p. 246-257, 2001.
- GASPARDO, C.M; LINHARES, M.B.M; MARTINEZ, F.E. A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. **J Pediatr.**, v.81, n.S, p. 111-8, 2005.
- GASPARDO, C.M.; MARTINEZ, F.E.; LINHARES, M.B.M. Cuidado ao desenvolvimento: intervenções de proteção ao desenvolvimento inicial de recém-nascidos pré-termo. **Rev Paul Pediatr.**, v.28, n.1, p. 77-85, 2010.
- GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health.**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.
- GONZÁLEZ, A.L.V.; et al. Valoración del dolor neonatal: una experiencia clínica. **Aquichan**, v.7, n.2, p.120-127, 2007.
- GUIMARÃES, A.L.O; VIEIRA, M.R.R. Conhecimento e atitudes da Enfermagem de uma unidade neonatal em relação à dor no recém-nascido. **Arq Ciênc Saúde**, v.15, n.1, p. 9-12, 2008.
- GUINSBURG, R.; CUENCA, M.C. **A linguagem da dor no recém-nascido**. Documento científico do departamento de neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria. 2010. Disponível em: http://www.sbp.com.br/pdfs/doc_linguagem-da-dor-out2010.pdf. Acesso em: 05 mai. 2012.
- HENNIG, M.A.S; GOMES, M.S.M; GIANINI, N.O.M. Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a "atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguru". **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.8, n.3, p. 285-290, 2006.

LAGO, P.M., et al. Analgesia e sedação em situações de emergência e unidades de tratamento intensivo pediátrico. **J Pediatr.**, v.79, n.Suppl 2, p. S223-30, 2003.

LAMY, Z.C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru: a proposta brasileira. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva.** v. 10,n.3, p. 659-668, 2005.

LEITE, A.M.; CASTRAL, T.C.; SCOCHI, C.G.S. Pode a amamentação promover alívio da dor aguda em recém-nascidos? **Rev Bras Enfermagem**, v.59, n.4, p.538-426, 2006.

MEDEIROS, M.D.; MADEIRA, L.M. Prevenção e tratamento da dor do recém-nascido em terapia intensiva neonatal. **Rev. Min. Enf.**, v.10, n.2, p. 18-124, 2006.

MOREIRA, M.E.L; LOPES, J.M.A; CARVALHO, M. **O recém nascido de alto risco: teoria e prática no cuidar.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

NEVES, F.A.M.; CORRÊA, D.A.M. Dor em recém-nascidos: a percepção da equipe de saúde. **Cienc Cuid Saude**, v.7, n.4, p. 461-467, 2008.

NICOLAU, C.M. et al. Avaliação da dor em recém-nascidos prematuros durante a fisioterapia respiratória. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 8, n.3, p. 285-290, 2008.

_____. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro: parâmetros fisiológicos versus comportamentais. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v.33, n.3, p. 146-50, 2008.

NÓBREGA, F.S; SAKAI, L; KREBS, V.L.J. Procedimentos dolorosos e medidas de alívio em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Med.**, v.86, n.4, p. 201-6, 2007.

OLIVEIRA, R.M. et al. Avaliação comportamental e fisiológica da dor em recém-nascidos pelos profissionais de enfermagem. **Rev. Min. Enferm.**, v.14, n.1, p. 11-18, 2010.

PRESTES, A.C.Y. et al. Frequência do emprego de analgésicos em

unidades de terapia intensiva neonatal universitárias. **J Pediatr.**, v.81, n.5, p. 405-10, 2005.

SILVA, Y.P.; et al. Avaliação da dor em neonatologia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 57, n.5, p. 567-74, 2007.

SOUSA, B.B.B.; et al. Avaliação da dor como instrumento para o cuidar de recém-nascidos pré-termo. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.15, n.Esp, p.88-96, 2006.

VIGNOCHI, C.; TEIXEIRA, P.P.; NADER, S.S. Efeitos da fisioterapia aquática na dor e no estado de sono e vigília de recém-nascidos pré-termo estáveis internados em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Bras Fisioter.**, v.14, n.3, p.214-20, 2010.

3 MARCO REFERENCIAL

O marco referencial proporciona direção à pesquisa e fundamenta a discussão de seus resultados. Permite a integração do problema a ser investigado no amplo contexto científico, favorecendo o desenvolvimento e organização do corpo de conhecimentos (NEVES; GONÇALVES, 1994). O marco é identificado como uma construção mental que comporta uma estrutura lógica de inter-relação entre os vários conceitos que o compõe, servindo para direcionar tanto pesquisas quanto práticas assistenciais ou educativas em enfermagem (MONTICELLI, 1997). Tal marco, nesta perspectiva, engloba os pressupostos básicos que servirão de “guia” para a elaboração dos conceitos, bem como os conceitos componentes do marco propriamente ditos.

Entendo **conceitos** como abstrações, representações mentais sobre determinado aspecto da realidade e que influenciam nossas decisões e nossas ações (TRENTINI; PAIM, 2004). No contexto do presente trabalho tais conceitos servem para guiar a Pesquisa Convergente-Assistencial, mantendo-a dentro do recorte proposto. São usados como “guias”, como refere Minayo (2004), que servem para orientar os objetivos e processos e delimitar melhor o recorte que deve ser analisado e construído.

Os pressupostos são entendidos como a “exposição enunciada de crenças e valores do autor” (LEOPARDI, 1995). Os pressupostos que elegi para elaboração dos conceitos do marco são provenientes tanto da minha experiência pessoal e profissional, como enfermeira atuante em unidade de neonatologia, quanto do referencial da Pedagogia Libertadora e da Metodologia Problematizadora de Paulo Freire e da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru.

3.1 CONCEITOS

O **profissional da equipe de enfermagem** é o ser humano que atua na unidade de neonatologia do HU/UFSC. Trata-se de um ser social, crítico, reflexivo e ético, que possui conhecimentos e habilidades técnico-científicas, que interage com os outros e com o ambiente, age conforme suas percepções, crenças e valores; é um ser de ação-reflexão-

ação no e com o mundo, com o objetivo de transformar a sua realidade. É o profissional da equipe de enfermagem que interage com o neonato, família e demais profissionais de saúde para realizar o cuidado de qualidade relacionado ao manejo da dor e do desconforto.

Neste sentido, a **enfermagem** é uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes.

O **recém-nascido** é um ser único no mundo. É social e singular e depende da equipe de enfermagem e dos recursos ambientais disponíveis para superar sua condição, prevenindo agravos de saúde física e mental (COSTA, 2005). É sujeito indireto desta pesquisa.

O **cuidado** é mais que um ato: é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 2009). Essas atitudes devem estar presentes no processo de trabalho dos profissionais da equipe de enfermagem que atuam na UTIN.

A **UTIN** é o local onde a equipe de enfermagem vivencia suas experiências num processo de construção e reconstrução com todos os seres humanos envolvidos na prática. É neste ambiente de UTIN que o RN e sua família são acolhidos e constituem o foco de nossas ações preventivas e minimizadoras dos possíveis efeitos deletérios da dor. Conclui-se que é neste ambiente que inicia a socialização e confiança dos pais na equipe de enfermagem, permitindo ações pautadas no conhecimento teórico e nas experiências cotidianas.

A **dor do RN** é uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real, potencial ou descrita nos termos dessa lesão (NICOLAU et al., 2008). Atualmente é plenamente aceito que tanto o RN a termo como o pré-termo apresentam todos os componentes anatômicos, funcionais e neuroquímicos essenciais para a nocicepção, ou seja, para a recepção, transmissão e integração do estímulo doloroso (SCOCHI et al., 2004). Conhecendo esta realidade, o profissional da equipe de enfermagem necessita prevenir ou mesmo minimizar estes processos de desconforto/dor destes RNs.

Os **métodos não farmacológicos** são estratégias que proporcionam o adequado alívio da dor e desconforto do RN (SILVA; CHAVES; CARDOSO, 2009). Os profissionais da equipe de enfermagem utilizam os métodos não farmacológicos no cotidiano da

UTIN visando melhorar a qualidade do cuidado prestado.

O **processo educativo** é um processo coletivo de desvelamento da realidade que cerca o ser humano, em que os conteúdos são gerados pelas necessidades dos indivíduos, pelos interesses do grupo e com a participação efetiva de todos os envolvidos na ação. É

desenvolvido na ação-reflexão-ação, mediatizada pelo olhar e agir crítico e criativo (COSTA, 2005). O processo de educação-reflexão deve ocorrer frequentemente permeando o cuidado na UTIN. Nesta prática educativa, a enfermeira é a facilitadora do processo educativo com os profissionais da equipe de enfermagem da unidade de neonatologia.

3.2 PRESSUPOSTOS

- Todo RN deverá sempre ter sua dor considerada, prevenida e tratada por meio dos processos disponibilizados pela ciência atual. Nenhum novo procedimento doloroso poderá ser iniciado até que o bebê se reorganize e se restabeleça da intervenção anterior (TAVARES, 2008).
- Todo RN tem direito ao repouso, devendo por isso ter respeitado seus períodos de sono superficial e profundo que doravante serão tomados como essenciais para o seu desenvolvimento psíquico adequado e sua regulação biológica (TAVARES, 2008).
- Todo RN tem direito inalienável à redução de ruídos e luminosidade que o permita sentir-se o mais próximo possível do ambiente intrauterino (TAVARES, 2008).
- Todo RN tem o direito de ser cuidado por uma equipe multidisciplinar capacitada a compreendê-lo, interagir com ele e a tomar decisões harmônicas em seu benefício e em prol de seu desenvolvimento (TAVARES, 2008).
- Através da relação dialógica a equipe de enfermagem reflete sobre suas crenças, valores, conhecimentos e experiências, promove um pensar crítico da realidade e possibilita a transformação de suas práticas diárias (COSTA, 2005).
- Os pressupostos de Paulo Freire possibilitam aos sujeitos problematizar a realidade vivenciada pelo RN em UTIN expostos à dor, permitem que os sujeitos da pesquisa reflitam suas ações e construam através do diálogo um pensar-fazer

conscientes (FREIRE, 1980).

- O Arco de Charles Maguerez é uma estratégia para promoção de um pensar coletivo, utilizada durante os grupos reflexores com os profissionais da equipe de enfermagem, em que o sujeito faz uma reflexão sobre suas práticas, suas crenças, seus valores, promovendo a conscientização de seus atos e concepções acerca de problemas vivenciados no cotidiano da UTIN, formulando hipóteses para solução destes problemas, vislumbrando soluções para uma assistência humanizada ao RN e família.
- A prática educativa deve ser uma constante no cenário da UTIN para a melhoria da qualidade da assistência ao RN e sua família e para promover a integração entre os membros da equipe de enfermagem (COSTA, 2005).
- A padronização das estratégias de cuidado no manejo da dor do RN utilizando os métodos não farmacológicos contribui para um melhor atendimento prestado na UTIN, reduzindo a dor e o desconforto vivenciado durante a hospitalização e também repercutindo em menor número de sequelas e melhor qualidade de vida para o neonato e família.

4 DESCREVENDO O CAMINHO METODOLÓGICO

Para Monticelli (1997) e Minayo (2004), metodologia é o caminho do pensamento e da prática exercida na abordagem da realidade. Inclui as concepções teóricas, o conjunto de técnicas que possibilitarão a construção da realidade e ainda o potencial criativo do estudioso que está desenvolvendo o trabalho científico. Deste modo, para a realização deste estudo utilizei uma prática educativa e momentos de observação participante com a equipe de enfermagem, através do diálogo fundamentado na abordagem problematizadora.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo-exploratório do tipo convergente-assistencial (PCA). Esta modalidade de investigação foi formulada por Trentini e Paim (2004) para ser implementada por profissionais de saúde e, particularmente, por enfermeiras. A PCA é um método que está orientado para a resolução ou minimização de problemas da prática que a enfermeira enfrenta e nas possibilidades de mudança e de introdução de inovações nas práticas de saúde.

É um tipo de pesquisa que é desenvolvido de modo concomitante com a prática assistencial ou com a prática educativa de enfermagem, já que sua principal característica é a convergência com estas práticas (TRENTINI; PAIM, 2004). A presente pesquisa foi realizada por meio de uma prática educativa realizada sob a forma de grupos de reflexão, sendo conduzida pela pesquisadora junto à equipe de enfermagem e também por momentos de observação participante da pesquisadora no cotidiano da UTIN. De acordo com Trentini e Paim (2004, p. 11) “trata-se de uma pesquisa simples e exequível que pode ser implementada juntamente com as atividades profissionais cotidianas dos profissionais de saúde”. É caracteristicamente sustentada na ação-reflexão-ação diária do ser profissional.

A “dança” da pesquisa convergente mostra-se pelos movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência com a prática, de maneira a criar espaços de superposição com a assistência (TRENTINI; PAIM, 2004).

Este trabalho apoia-se na abordagem qualitativa, expressando o

relato de elementos que permeiam o significado do desconforto e da dor do RN vivenciada durante sua hospitalização em UTIN. Esse tipo de abordagem considera que existe um vínculo indissociável entre o mundo real e o sujeito, algo que não pode ser traduzido em números. Ainda há outros fatores importantes no processo de pesquisa qualitativa, tais como: a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significado; a não necessidade do emprego dos métodos e das técnicas estatísticas; e o fato do pesquisador colher os dados no ambiente e os analisar indutivamente seguindo a linha do referencial teórico adotado.

4.2 LOCAL E SUJEITOS DE ESTUDO

O local de realização deste estudo foi a unidade de neonatologia do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU)/UFSC, uma vez que foi este o local de onde emergiu o problema a ser trabalhado durante esta pesquisa. Esta instituição se caracteriza por ser um hospital-escola e pública, que objetiva a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão. O serviço materno-infantil deste hospital inclui a unidade de UTIN, a unidade de alojamento conjunto (AC), o centro obstétrico (CO), a unidade de internação ginecológica e triagem obstétrica, a central de incentivo ao aleitamento materno (CIAM) e o lactário.

A maternidade foi inaugurada em 20 de outubro de 1995, sendo composta por uma equipe interdisciplinar, incluindo profissionais de enfermagem, médicos, fisioterapeuta, fonoaudióloga, psicóloga, assistente social e nutricionista. Estes profissionais participam de constantes cursos de capacitação e têm como pressuposto: o atendimento individualizado que promova uma assistência adequada, vislumbrando aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais. Esta equipe interdisciplinar atende de forma integrada, desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa e extensão, refletindo na equidade do ser humano, tudo isso com o objetivo precípua de proporcionar uma assistência adequada. Estes pressupostos reforçam a proposta de atenção humanizada ao recém-nascido prematuro e de baixo peso - Método Canguru (MC), regulamentada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), sendo que a maternidade alvo deste estudo é centro de referência nacional para o Método Canguru.

A unidade de neonatologia tem capacidade para 16 leitos, os quais se encontram divididos em: 06 vagas destinadas aos cuidados

intensivos, 06 vagas de cuidados intermediários e 04 vagas de cuidados canguru (binômio mãe e recém-nascido). Além destes, há 02 consultórios destinados a atender a 3ª etapa do MC. A equipe de enfermagem é composta por 09 enfermeiros, 28 técnicos de enfermagem e 11 auxiliares de enfermagem. Estes profissionais são divididos em 05 equipes que atuam nos turnos manhã, tarde e três noites, todos com 06 funcionários.

A unidade de neonatologia recebe bebês de 0 a 28 dias procedentes de todo o estado de Santa Catarina. A média do tempo de internação pode ser de dias até três meses. As principais causas de internação são: a prematuridade, o baixo peso ao nascer, a asfíxia perinatal, o desconforto respiratório, a infecção perinatal, a hipoglicemia, a icterícia neonatal, além de recém-nascidos que necessitam de investigação diagnóstica.

Nesta unidade, a equipe de enfermagem foi capacitada, em 2009, por uma enfermeira do Hospital Geral de Itapetcinga da Serra (São Paulo) sobre o manejo da dor em recém-nascidos, quando optou por adotar a escala NIPS (*Neonatal Infant Pain Score*) para avaliação da presença de dor/desconforto no RN, incorporada aos sinais vitais. Este processo foi iniciado há três anos e embora o serviço ainda não tenha um protocolo efetivo para avaliação e tratamento da dor, pode-se observar por meio dos relatos dos profissionais da equipe que existem dificuldades relativas à aplicação do instrumento, relacionadas à frequência necessária e momento adequado para avaliação da dor, além da própria dificuldade de percepção desta, em alguns momentos. Comumente, nossa experiência permite observar que medidas de conforto como contenção, sucção não nutritiva e oferta de solução glicosada são aplicadas, talvez, porém, de forma condicionada, não sistematizada, e muitas vezes inadequada diante da dor que se apresenta, se conferida com uma avaliação mais sucinta (ZYTKUEWISZ et al., 2009). Tais fatores reforçam ainda mais a importância e a necessidade desta pesquisa.

Os sujeitos do estudo foram os profissionais da equipe de enfermagem que concordaram em participar da pesquisa, mais especificamente quatro enfermeiras, dez técnicos de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem e duas acadêmicas de enfermagem que estavam desenvolvendo trabalho de conclusão do curso no período da pesquisa. Os critérios utilizados na inclusão dos sujeitos foram: aceitar livremente participar do estudo e participar dos grupos de reflexão previamente agendados sem, contudo, prejudicar a dinâmica assistencial. Cabe ainda destacar que nem todos os profissionais participaram de todos os

momentos da pesquisa.

4.3 COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados foi realizada em duas etapas: processo educativo reflexivo e observação participante.

4.3.1 Processo Educativo Reflexivo

Em um primeiro momento foram realizados grupos de reflexão com base nos pressupostos de Paulo Freire e na Metodologia Problematizadora, com aplicação do Arco de Charles Maguerez.

Foi realizado um processo educativo reflexivo com a equipe de enfermagem sobre o manejo do desconforto e da dor no RN em UTIN, incentivando a ação e a reflexão da equipe no seu processo de cuidar, com o intuito de transparecer a consciência crítica da equipe, objetivando também novas concepções mais humanizadas. Para Paulo Freire, a abordagem problematizadora sustenta-se na construção progressiva do conhecimento individual através da ação-reflexão-ação e da associação da prática com a teoria, voltada a prática do cuidado de acordo com suas crenças, valores, formas de conceber o mundo e agir, enquanto indivíduo (FREIRE, 2005).

É pela educação dialógica problematizadora que Freire anuncia a transformação da realidade das pessoas, através do processo de conscientização. Neste processo, o diálogo se impõe como o único caminho capaz de conduzir o homem à transformação do mundo. Para Freire (1980, p. 82) “[...] o diálogo é o encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, para designá-lo”. Este diálogo é profundo, inseparável do processo de ação-reflexão do ser humano sobre a sua realidade e o seu que-fazer. Portanto, não é este diálogo um depositar de ideias, uma discussão hostil, mas sim uma troca de conhecimento.

Segundo Freire (1980), a conscientização só pode se dar por meio da relação dialógica entre as pessoas com o mundo e com as outras pessoas, buscando uma reflexão crítica sobre o mundo, sobre as ações dos outros seres humanos e, principalmente sobre as suas próprias ações, para que se tornem ações refletidas.

A operacionalização dos grupos de reflexão foi realizada através

da Metodologia Problematizadora com a utilização do Arco de Charles Maguerez, que consta de cinco etapas:

- Identificar problemas: é neste momento que os sujeitos podem expressar suas concepções e opiniões, através de reflexões fundamentadas na observação da realidade do seu cotidiano;
- Desvendar pontos-chaves: neste segundo momento os sujeitos selecionam nas falas os pontos-chaves do problema, identificando sua relação ou variáveis que determinam a situação do cotidiano;
- Teorizar os achados: levantar as questões relativas às causas do problema concreto ou temas, onde se faz necessária a teorização da temática, auxiliando na tomada de consciência, fazendo com que o sujeito compreenda o problema, não só de forma empírica, mas fundamentando teoricamente, nas suas causas e consequências;
- Construir as hipóteses para solucionar os problemas: é através das hipóteses formuladas, sobre os problemas levantados pelo grupo, que serão analisadas e viabilizadas ações propostas. No caso desta pesquisa, este momento oportunizará ao grupo construir uma proposta de protocolo de cuidados ao RN que tenha ou venha sofrer desconforto/dor;
- Aplicação à realidade: neste momento, aparecerão as possíveis intervenções na realidade vivida pelo grupo no seu ambiente de trabalho. Vislumbrando hipóteses viáveis para mudanças pautadas em métodos sistematizados de uma assistência humanizada ao RN internado em UTIN.

Este processo é dinâmico, propiciando a cada momento, uma releitura desta realidade e o início de um novo processo.

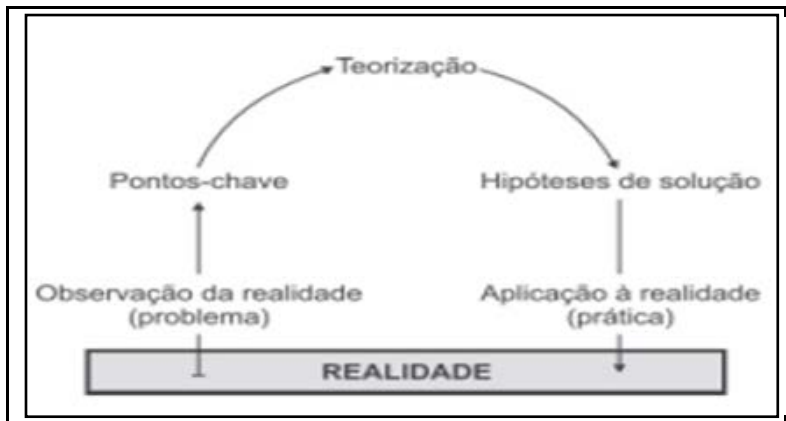


Figura 1: Arco proposto por Charles Maguerez.

Fonte: BORDENAVE, 1994.

Foram realizados quatro encontros com os profissionais da equipe de enfermagem que desejaram participar do estudo, nos meses de outubro e novembro de 2011. Os encontros ocorreram com dia, hora e local previamente agendados, com duração de uma hora e trinta minutos aproximadamente.

4.3.2 Observação Participante

A segunda etapa da coleta de dados foi realizada através da observação participante que, segundo Minayo (2004), é uma técnica realizada através do contato direto da pesquisadora com o fenômeno, objetivando obter o máximo de informações sobre a realidade dos sujeitos observados em seu próprio contexto.

Uma das vantagens da utilização dessa técnica é que permite um contato pessoal do pesquisador com o objeto de investigação, possibilitando o acompanhamento das experiências diárias dos sujeitos e apreensão do significado que atribuem à realidade e às suas ações (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Durante a observação participante a pesquisadora procurou acompanhar as atividades diárias dos profissionais de enfermagem, buscando identificar os cuidados por eles realizados no manejo do

desconforto e da dor do RN frente a procedimentos dolorosos ou momentos de fatores desconfortáveis, objetivando obter o máximo de informações sobre a realidade da equipe em seu próprio contexto – a UTIN.

Esta etapa foi realizada com o intuito de validar os dados encontrados no processo educativo reflexivo e avaliar na prática o que os profissionais da enfermagem utilizam como estratégias para avaliar e minimizar o desconforto e a dor nos recém-nascidos. Neste momento, a pesquisadora procurou também refletir e orientar os profissionais a partir dos aspectos teóricos do manejo da dor e também das reflexões realizadas nos encontros educativos.

Esta etapa foi realizada no mês de fevereiro de 2012, nos diferentes turnos de trabalho (período matutino, vespertino e noturno). Em algumas observações a pesquisadora estava em seu horário de trabalho, atuando como enfermeira da unidade; em outras, atuou apenas como observadora. Cabe destacar que a pesquisadora não percebeu diferença na prática dos profissionais da equipe de enfermagem nestes diferentes momentos de observação.

Foram nestas ocasiões que a pesquisadora pode observar os métodos não farmacológicos utilizados nos momentos de desconforto e registrar as ações realizadas pelos sujeitos da pesquisa, incluindo a avaliação do escore da dor, utilizando a escala NIPS que fica colada na incubadora ou afixada na sala da UTI.

Para melhor organização dos dados, os encontros foram registrados com o uso de gravador, conforme acordado com os sujeitos do estudo. Um Diário de campo também foi utilizado para o registro dos dados dos encontros e da observação participante, conforme orientação de Trentini e Paim (2004, p.84), que “recomendam lançar mão de técnicas mistas de registro, para assegurar o maior montante possível de informações, anotações das expressões-chave”, apontando na integra através de um diário de campo as observações como “notas do pesquisador”. As autoras orientam que o pesquisador deverá reescrever melhor e de preferência no mesmo dia para não perder os detalhes das observações, das falas dos participantes ainda gravadas na memória humana. Na medida em que os registros iam sendo feitos, os dados já recebiam um primeiro olhar, ainda não aprofundado, mas já com alguma interpretação, sendo paulatinamente organizados de modo cada vez mais sistematizado.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

A organização dos dados coletados no processo educativo reflexivo e na observação participante apresentou-se como uma das etapas desta pesquisa que exigiu maior esforço mental, o que, para Trentini e Paim (2004), é esperado para pesquisadores iniciantes, pois como as informações emergem da prática das relações, elas são tão complexas, numerosas e diversificadas quanto a realidade dos sujeitos e as relações grupais.

Durante todo processo de organização e análise dos dados, buscou-se seguir as quatro etapas propostas por Morse e Field (1995 apud TRENTINI; PAIM, 2004): apreensão, síntese, teorização e transferência.

- Processo de apreensão – Nesta fase foram registradas as informações coletadas durante a prática educativa e nas observações participantes, realizando os registros em Diário de campo. Neste momento, o essencial era “apreender” as falas mais significativas pronunciadas pelos participantes do estudo.
- Processo de síntese - De acordo com Trentini e Paim (2004), o processo de síntese dá-se a partir das interpretações feitas pelo pesquisador, sendo a parte da análise que examina subjetivamente as associações e variações das informações. Nesta etapa, a pesquisadora procurou imergir nos dados trabalhados na fase de apreensão e avançar no sentido de obter completa familiaridade com eles, além de se empenhar em profundo trabalho intelectual. De acordo com Morse e Field (1995 apud TRENTINI; PAIM, 2004), alcança-se a síntese quando se domina completamente o tema de investigação, ou seja, quando se rememorou em detalhes e profundidade as cenas tal qual ocorreram no cenário estudado.
- Processo de teorização - Nesta etapa, ocorre o descarte e seleção de dados de acordo com a significância, síntese do conteúdo, temas abordados e analisados com base no referencial teórico e outras bibliografias. A partir da associação dos dados brutos e de novas e inúmeras leituras e releituras, consegue-se definir os pontos-chave de cada “código” que definiram, por consequência, as categorias e subcategorias que melhor representam as reflexões dos

sujeitos.

- Processo de transferência - Esta etapa, a final do processo analítico, consiste em elaborar considerações finais, associando os resultados, dando significado a determinados achados e contextualizando-os sem, contudo, generalizá-los. Assim, permite descrever teoricamente as reflexões dos sujeitos frente à presença do desconforto e da dor no RN em UTIN, admitindo também a reflexão sobre a influência que esta pesquisa terá para o fortalecimento ação-reflexão-ação da equipe de enfermagem, possibilitando transformações no processo de cuidar. Este processo culminou com a elaboração da proposta de protocolo de cuidado no manejo do desconforto e da dor no RN em UTIN, utilizando métodos não farmacológicos.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O ponto de vista de Monticelli (2003) encontra ressonância na concepção da autora desta pesquisa no sentido de entender que as questões éticas devem permear todo o trabalho e não apenas um particular momento. Desta forma, este estudo respeitou os princípios de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia abordados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e os princípios do Código de Ética Profissional (BRASIL, 1986) para normatizar as atividades de pesquisa e intervenções envolvendo seres humanos.

Os aspectos éticos que foram assumidos durante o desenvolvimento desta proposta foram operacionalizados conforme os procedimentos apontados por Costa (2005), com base nos seguintes itens:

- A pesquisa foi desenvolvida mediante a autorização dos responsáveis pela instituição, bem como o consentimento para revelar o nome da mesma (Apêndice E);
- Com o intuito de assegurar os preceitos éticos do empreendimento científico, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos da UFSC, obtendo aprovação e parecer favorável sob número de processo 2241 FR 462628 (Anexo 2);

- O trabalho a ser desenvolvido, bem como seus objetivos, foram apresentados para a equipe de enfermagem neonatal;
- Os encontros foram realizados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos (Apêndice F) pelos participantes da pesquisa, sem qualquer tipo de coação;
- O respeito ao direito de participar ou não da pesquisa foi garantido, assim como a desistência, independentemente da etapa da pesquisa em que ela fosse manifestada;
- O anonimato foi garantido, preservando os valores éticos e morais dos participantes;
- Os profissionais foram identificados com letras do alfabeto referentes a sua categoria profissional e um número (por exemplo T1, E2, A1), para garantia do anonimato;
- A proposta esteve disponível para todos os participantes da pesquisa, sempre que solicitada, sendo que a pesquisadora esteve e continua disponível para o esclarecimento de eventuais dúvidas;
- As informações, análises e sugestões contidas na proposta têm objetivo meramente profissional, baseado no compromisso de responsabilidade, honestidade, respeito e dignidade;
- Em todas as situações do desenvolvimento da pesquisa, a autora procurou reconhecer suas limitações, aceitando críticas e sugestões, buscando o aprimoramento científico em benefício do grupo e do crescimento profissional.

Outras questões éticas que surgiram ao longo do desenvolvimento dessa pesquisa sempre foram expostas e discutidas com a orientadora da pesquisa, a fim de solucioná-las da melhor forma possível, respeitando o direito dos envolvidos e o rigor necessário ao desenvolvimento do estudo.

5 RESULTADOS

Em um primeiro momento os resultados desta Dissertação serão apresentados através da descrição dos dados coletados nas etapas de processo educativo-reflexivo e observação participante e, posteriormente, na forma de dois manuscritos, conforme a Resolução 006/PEN/2009, que altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem.

O manuscrito 1, intitulado “Reflexões da equipe de enfermagem sobre o manejo da dor em recém-nascidos na unidade neonatal”, será submetido à Revista Texto & Contexto Enfermagem.

O manuscrito 2, intitulado “Métodos não farmacológicos para alívio da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem”, será submetido à revista Gaúcha de Enfermagem.

5.1 RESULTADOS DESCRITIVOS DOS DADOS COLETADOS

5.1.1 Resultados do Processo Educativo Reflexivo

A seguir será descrito como foram realizados os grupos de reflexão com os profissionais de enfermagem, utilizando as etapas propostas no Arco de Charles Magueréz:

Primeiro Encontro

Neste primeiro momento participaram 10 membros da equipe de enfermagem da UTIN neonatal (02 enfermeiras e 08 técnicos de enfermagem) e 02 alunas da 8ª fase do curso de Enfermagem que estavam realizando estágio de conclusão de curso no período de coleta de dados.

Iniciamos a prática na sala de aula da UTIN em horário pré-estabelecido, agradecendo a todos pela presença daqueles que puderam participar daquele momento, com o objetivo de integrar o grupo e refletir sobre nossa prática. Como dinâmica de sensibilização, utilizaram-se falas extraídas da atuação da pesquisadora em UTIN com mães que vivenciam o processo de hospitalização com seus prematuros internados. Estas falas foram separadas em duas partes como, por

exemplo:

“*Me dá um sentimento de ...*” (esta foi colocada presa a um bombom) “*... tristeza*” (foi presa em outro bombom);

“*Quando vi o outro bebê e olhei para o meu...*” (foi presa a um bombom) “*... até que ele é grande*” (presa em outro bombom).

Estes bombons foram oferecidos aleatoriamente aos profissionais presentes com suas respectivas falas. Em seguida, foi solicitado a um colega que lesse sua frase e que outro completasse de acordo com a fala mais adequada. Após as frases serem montadas, todos se entreolharam e perceberam que as mães têm várias expectativas ao deixarem seus bebês aos nossos cuidados, percebendo a importância da individualização do cuidado.

Após este primeiro momento de descontração, foram explicados os objetivos da presente pesquisa e lançada uma pergunta para estimular a reflexão dos profissionais e iniciarmos o contato com o tema da pesquisa propriamente dito. A questão era: “Como vocês identificam que o RN apresenta sinais de dor/desconforto?”.

Os depoimentos dos profissionais versaram sobre:

Ah! Tá chorando, esse neném não tá bem. Não tá confortável. - (T1)

[...] a gente percebe muito bem, a gente percebe já na face do bebê quando tá franzido, quando tá com dor ou que tá acontecendo alguma coisa [...] - (T2)

Simplesmente para chorar, mas não é que ele não ta com dor, ele saturou. Ele não aguenta mais, isso é muito ruim - (T2).

Tempos atrás não era tão importante o bebê chorando, o bebê esperneando, o bebê incomodado [...] - (E4)

[...] face assim aquelas dobrinhas de preocupação que a gente fala, que na verdade é dor.[...] - (T2)

[...] qualquer manuseio a sensação que ele tem é de dor [...] - (T3)

[...] gavagem que eles fazem queda de saturação, que eles ficam desconfortáveis [...] - (E1)

Violentando aquela narina....CPAP, pra mim não tem coisa pior - (E1)

[...] neném edemaciado como chora [...] - (T2)

[...] doer muito é dreno de tórax [...] - (T4)

[...] Intubação que a gente vê que traumatiza e sangra, que eu acho que outra coisa que eu observo muito nos bebês, eles fazem muita face de dor - (T3)

O bebê tá lá esperneando, chorando, ou é frio ou calor, ou se o bebê está assado ele não aguenta com o cocô - (T6)

Neste primeiro encontro, os profissionais expressaram suas ideias e opiniões, fazendo assim uma primeira leitura da situação concreta, identificando a situação problema – primeira etapa do Arco da Problematização.

Segundo Encontro

Neste momento participaram 07 membros da equipe de enfermagem (03 enfermeiros e 04 técnicos de enfermagem). Iniciamos nosso encontro na mesma sala, no mesmo horário pré-estabelecido, com novos integrantes da equipe de enfermagem. Para iniciar o processo educativo, a pesquisadora apresentou novamente os objetivos da pesquisa e fez uma síntese do encontro anterior, assegurando que os novos sujeitos participantes fossem integrados ao grupo. A partir da síntese do encontro anterior, os profissionais foram motivados a refletir sobre as hipóteses causadoras da dor e os métodos utilizados para alívio da mesma no nosso cotidiano. Foram mencionados os métodos não farmacológicos utilizados pela equipe:

Trocar de posição; [...] ele não precisa ter estímulos externos de luz, de calor, de barulho, então ele não precisa nada desses estímulos. [...] tampar o ouvidinho e olhinho às vezes, pros prematuros em geral [...] - (T2)

Eu sempre procuro, principalmente nos primeiros dias deixar o bebê reto, bem centralizado [...] - (T3)

Eles precisam de tranquilidade porque eles deveriam estar dentro da barriga - (T2)

sucção não nutritiva; coloca gotinha de glicose [...] - (T2)

o calor causa desconforto - (T1)

E isso tudo aí a gente tem que avaliar antes de pedir uma medicação - (T2)

A gente vira do avesso, a gente faz rolinho, vira pra cá - (E1)

[...] puncionar com alguém [...] - (T2)

[...] eu nunca puncionei sozinha [...]” - (T2)

“Quando eu cheguei, já tinha o ninho. Eu não imagino sem, eles ficam perdidos - (T2)

Não vamos mexer, daí fica um tempo sem mexer, daí depois já volta de novo - (T6)

Este segundo encontro foi o momento de identificarmos os pontos chaves (segundo momento do Arco) sobre o tema dos métodos não farmacológicos:

- Redução de estímulos;
- Mudança de decúbito/posturação (deixar RN centralizado);
- Contenção/ninho;
- Manuseio mínimo;
- Procedimento com 2 pessoas;
- Sucção não nutritiva.

Terceiro Encontro

Neste momento participaram 08 membros da equipe de enfermagem (03 enfermeiros, 04 técnicos de enfermagem e 01 auxiliar de enfermagem), tendo o encontro se dado no horário pré-estabelecido, na sala de aula da UTIN. Este encontro marcou o momento de teorização (terceira etapa do Arco), no qual a pesquisadora trouxe os textos e artigos atuais sobre o tema dor em RN. Os profissionais demonstravam curiosidade em conhecer novos métodos não

farmacológicos e ao mesmo tempo avaliar o nosso cuidado.

Este momento possibilitou um pensar consciente e coletivo, construindo assim, uma reflexão daquilo que já nos apropriamos como nosso fazer, avaliando o que já usamos, quando usamos e como usamos os métodos não farmacológicos, enquanto estratégias na tentativa de minimizar fatores desencadeantes de dor/desconforto.

As reflexões deste encontro giraram em torno dos métodos farmacológicos já utilizados pela equipe e os novos ou as dúvidas que os profissionais apresentavam sobre determinada estratégia.

o contato pele a pele para diminuir a dor do RN - (E3)

Tentar juntar tudo para fazer de três em três horas (agrupamento de cuidados) - (T6)

Resistência da equipe em fazer procedimentos dolorosos na presença da mãe - (E2)

A massagem no septo nasal de oito em oito horas eu não sabia, a gente não faz, é bem interessante - (T1)

Na verdade a gente não sabia, nós achávamos que quanto mais o bebê ficasse espalhado na incubadora melhor, né? O pezinho ia lá para baixo [...] onde ele acomodava ficava encostadinho, mas para nós tava ótimo - (A1)

Até que ponto podemos usar a glicose sem aumentar a glicemia ou provocar náuseas/vômito [...] - (T2)

O que acalma é a glicose ou o reflexo de sucção? - (T6)

[...] podemos trocar a glicose por leite materno, temos a mãe aqui - (E3)

*[...] eu prefiro fazer mais dedo só, só dá uma molhada na glicose e fico na sucção(E3).
O fofinho de hidrolóide protege mais e deixa mais fofinho - (E1)*

Instilar o soro fisiológico antes de colocar o CPAP (lubrificar) - (T3)

Mão fechada no corpo do bebê e na cabeça, acalma... fica mais tranquilo. Não necessitou de medicação (E2)

Aquela malha⁶ para contenção é bem legal - (E3)

A partir dos relatos e da discussão do grupo, baseado nos conhecimentos adquiridos a partir dos artigos científicos sobre o tema, ao final deste encontro elaborei a primeira versão da proposta de protocolo de cuidados no manejo do desconforto e da dor em RN – construção das hipóteses de solução (Apêndice D).

Quarto Encontro

Neste dia participaram apenas 03 membros da equipe (01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem e 01 auxiliar de enfermagem), pois a unidade estava com bebês graves e, por motivos pessoais, os demais membros da equipe não compareceram. Neste encontro foi apresentada aos participantes a primeira versão da proposta de protocolo de cuidados, elaborado a partir das discussões realizadas no terceiro encontro para avaliação e novas sugestões. Foi também oferecido o material para apreciação dos demais componentes da prática que não puderam participar deste momento e solicitado opiniões quanto o mesmo.

Os depoimentos foram:

é isso, está bem completo, só espero que não fique no papel como tudo que é feito (E1)

só temos que seguir as rotinas implantadas (T1)

é bem isso. [...] numa determinada noite um bebê chorou das 03:00 da madrugada até o outro dia pela manhã. Fizemos de tudo colo, aconchego.... pedi as médicas intervenção e elas nada....quando

⁶ Malha para contenção – o profissional está se referindo a malha elástica tubular (utilizada comumente em gesso/tala na ortopedia), que a enfermeira Márcia Borck adaptou o uso para favorecer a contenção do RN. É feito um saco com esta malha tubular, semelhante a um casulo de borboleta, em que o RN é colocado dentro. A equipe aderiu a esta prática após experimentar momentos de aconchego e sinais de conforto nos RN's que a utilizaram (Apêndice C).

no período da tarde o bebê continuava a chorar, a enfermeira solicitou terapêutica e então foi dado medicamento(A1)

No final do encontro solicitamos que os profissionais presentes fizessem uma avaliação do processo educativo, sendo que todos concordaram que a dinâmica foi adequada, clara e o tempo utilizado não foi cansativo.

Nos dias que seguiram os encontros, no cotidiano da UTIN, percebeu-se que aos poucos que a equipe avaliou o processo como positivo, pois permitiu um momento de reflexão e avaliação da nossa realidade. Foi possível observar que os profissionais participantes dos encontros sentiram-se motivados para implementar, na prática, os cuidados sistematizados ao longo dos encontros e também para divulgar os conhecimentos adquiridos (última etapa do Arco – aplicação à realidade).

A seguir, será apresentado um Arco representativo de todo processo educativo vivenciado com a equipe de enfermagem durante os quatro encontros.

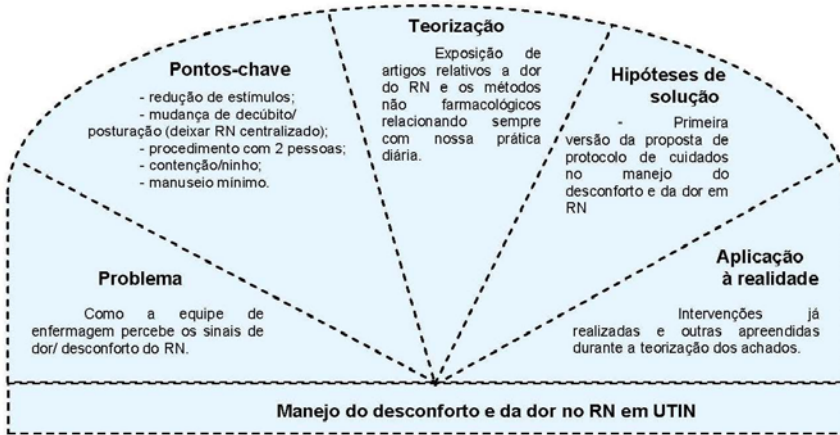


Figura 2: Arco da problematização referente ao processo educativo reflexivo realizado com a equipe de enfermagem da UTIN – Florianópolis-SC, 2012.

5.1.2 Resultados da Observação Participante

Durante a observação participante pude presenciar a equipe utilizando os diferentes métodos não farmacológicos, em alguns momentos o profissional realizava a contenção do RN, em outros a sucção não nutritiva (glicose a 25% 1-2 ml). Também vivenciei momentos em que a própria mãe foi chamada para colocar o RN no pele a pele (posição canguru).

Em um momento no plantão noturno, a pesquisadora observou um bebê que começou a chorar intensamente na incubadora; o profissional então se dirigiu à incubadora, abriu as portinholas suavemente, falou com o RN, e fez contenção, após ter feito mudança de decúbito; aos poucos, o bebê acalmou-se. Depois de algum tempo, ao checar os registros, a pesquisadora identificou que o profissional havia registrado apenas o choro intenso do bebê e não as suas intervenções. Essa atitude reforça o que o grupo havia discutido nos encontros de reflexão, no sentido que os profissionais já realizam na prática muitas medidas para reduzir o desconforto e a dor do RN, porém pouco se vê registrado nos prontuários.

No período da tarde, a pesquisadora presenciou um profissional

realizando maternagem (colocando o RN no peito bem aconchegado) em um gemelar que chorava bastante e cuja mãe encontrava-se no alojamento conjunto com o outro gemelar. O profissional permaneceu assim por um bom tempo, tendo o bebê dormido na sequência.

Em dois momentos a autora pode interferir nos procedimentos invasivos, como numa coleta de sangue que foi realizada enquanto o RN estava no seio materno. A resposta do RN foi manifestada pela ausência de choro e nenhuma manifestação de sinais de dor. No outro momento, observou-se a admissão de um RN atermo, por hipoglicemia. Nesta situação, os profissionais envolvidos esperaram um tempo o bebê aquecer, realizaram a sucção não-nutritiva e, após a organização do RN, passaram a coletar sangue e puncionar acesso venoso para hidratação venosa, ou seja, a equipe conseguiu respeitar o tempo do bebê.

Durante um momento de observação a pesquisadora também orientou a equipe de enfermagem do Programa Capital Criança (responsável pela vacinação dos RN's), ao estimular a mãe de um bebê que iria receber vacina a realizar a sucção não-nutritiva durante o procedimento. Assim, a autora discorreu sobre a importância do uso dos métodos não farmacológicos no alívio da dor, tanto para a mãe quanto para o profissional. A mãe demonstrou prazer em colaborar com o cuidado ao seu filho.

Estes foram alguns recortes extraídos do Diário de Campo e que permitem ao leitor ter uma ideia do que foi vivenciado durante os momentos de observação participante. A seguir, serão apresentadas algumas fotos⁷ que foram capturadas também neste momento da coleta de dados.

⁷ As fotos aqui apresentadas foram autorizadas pelos sujeitos envolvidos, sendo que os mesmos assinaram o Termo de Cessão de Imagem (Apêndice G).



Contenção realizada quando o RN iniciou a fototerapia, momento este em que normalmente o RN fica bastante irritado.



Mãe foi estimulada pela equipe a realizar o contato pele a pele, para favorecer vínculo, calor e reorganização do RN, após a enfermagem ter realizado os cuidados de rotina.



A punção para coleta de exames em RN é sempre realizada com dois funcionários, onde um realiza o procedimento propriamente dito e o outro faz contenção e sucção não-nutritiva (dependendo da idade é ofertado glicose à 25% gotas-1ml) antes e durante o procedimento.



RN irritado, choroso, o profissional faz aconchego e posturação na tentativa de minimizar o desconforto, prevenção de efeitos deletérios da dor.



A equipe de enfermagem realiza a coleta de exame de sangue com o bebê em seio materno. Nos grupos de reflexão discutimos o benefício da amamentação na diminuição do desconforto causado pelo procedimento doloroso.



Profissional de enfermagem orientado a realizar sucção não-nutritiva alguns minutos antes dos procedimentos invasivos (punção venosa e coleta de exames).



Profissional de enfermagem realizando maternagem (aconchegando o bebê), na tentativa de consolá-lo.

Faz-se necessário destacar ainda que após estas duas etapas de coleta de dados, foram realizados dois encontros de capacitação com a equipe de saúde da UTIN do HU/UFSC (Apêndice H) para divulgação dos resultados e compartilhar de experiências. Estes foram também momentos ricos de reflexão da nossa prática, que contaram com a participação da equipe de enfermagem, representante da equipe médica e da fisioterapia.

5.2. MANUSCRITO 1: REFLEXÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O MANEJO DO DESCONFORTO E DA DOR EM RECÉM-NASCIDO NA UNIDADE NEONATAL

REFLEXÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O MANEJO DO DESCONFORTO E DA DOR EM RECÉM-NASCIDO NA UNIDADE NEONATAL⁸

Raquel Alves Cordeiro⁹
Roberta Costa¹⁰

RESUMO: Estudo convergente-assistencial teve como objetivo promover um momento de reflexão, junto à equipe de enfermagem sobre o manejo do desconforto e da dor em recém-nascido, sob o suporte teórico-metodológico da Pedagogia Libertadora. Dos grupos de reflexão emergiram 03 categorias: os estímulos ambientais provocam dor e desconforto; procedimentos invasivos como principais causadores da dor e a enfermagem reconhece os sinais do bebê. O desenvolvimento da prática assistencial promoveu um pensar coletivo através do diálogo e reflexões dos artigos publicados nos últimos cinco anos com a temática abordada e a vivência da equipe de enfermagem no cotidiano da unidade neonatal, resultando na construção de novas concepções e renovação da prática.

Descritores: Dor; recém-nascido; neonatologia; enfermagem.

ABSTRACT: Through the theoretical-methodological support of the Liberation Pedagogy, this convergent-care study aimed to promote a moment of reflection, near the nursing staff about pain management in newborn and use of non-pharmacological methods. Three categories emerged during an educational intervention carried out with groups: environmental stimuli cause pain and discomfort, invasive procedures as the main cause of pain and nurses recognize the signs of the baby. The development of care practice promoted collective thinking through dialogue and reflection of the articles published over the past five years with the theme discussed and experiences of the nursing staff in the daily life in a neonatal unit, resulting in the construction of new concepts and renewal of our practices.

Descriptors: Pain; Infant, newborn; neonatology; nursing.

⁸ Recorte da Dissertação de Mestrado: “Reflexões da equipe de enfermagem sobre o desconforto e a dor do recém-nascido: uma proposta de protocolo de cuidado baseado nos métodos não farmacológicos”, PEN/UFSC, 2012.

⁹ Enfermeira da unidade neonatal do HU/UFSC. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem do PEN/UFSC. Membro do GRUPESMUR.

¹⁰ Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem PEN/UFSC. Enfermeira da unidade neonatal do HU/UFSC. Membro do GRUPESMUR.

RESUMEN: Se trata de un estudio convergente-asistencial que tuvo como objetivo promover un momento de reflexión, cerca de la del personal de enfermería sobre el manejo del dolor en recién nacidos y el uso de métodos no farmacológicos, utilizando el marco teórico metodológico de la Pedagogía Libertadora. De la práctica educativa, con grupos, emergieron informaciones que culminaron en 03 categorías: los estímulos ambiental causan dolor y el malestar, los procedimientos invasivos como la principal causa de dolor y las enfermeras reconocer las señales del bebé. El desarrollo de una práctica asistencial promovido una reflexión colectiva a través del diálogo y la reflexión de los artículos publicados durante los últimos cinco años con el tema discutido y experiencias del personal de enfermería en la vida cotidiana en una unidad neonatal, lo que resulta en la construcción de nuevos conceptos y la renovación de nuestras prácticas.

Descriptorios: Dolor; Recién Nacido; Neonatología; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Melhorar a qualidade de vida do recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é fundamental para a equipe de enfermagem. Estudos em longo prazo têm apontado o aumento de sequelas incapacitantes, doenças crônicas, neurológicas, dificuldades de aprendizado e distúrbios cognitivos da linguagem, visão, audição e comportamentais, dentre outros. Alguns estudos sugerem que parte dessa morbidade pode representar injúrias no desenvolvimento do cérebro, advindas da estimulação estressante do ambiente do cuidado intensivo (SCOCHI et al., 2001; FRAGA et al., 2008).

Como enfermeira que atua em UTIN, a autora da pesquisa percebe a importância de realizar momentos de reflexão junto à equipe de enfermagem objetivando a construção do pensar-fazer consciente através do diálogo. A possibilidade de transformar nossa prática do cuidado em algo concreto como a sistematização de uma rotina de ações voltadas a prevenir, minimizar a dor/desconforto através da utilização dos métodos não farmacológicos é de extrema relevância.

A hospitalização em UTIN coloca o RN em um ambiente restrito, onde é exposto a estímulos desagradáveis como luminosidade intensa, ruídos, procedimentos clínicos e invasivos causadores de desconforto e dor. Portanto, torna-se imprescindível que o profissional de saúde que atua na UTIN saiba identificar, avaliar e tratar a dor do recém-nascido,

procurando diminuir e/ou evitar efeitos nocivos para o seu desenvolvimento, além de contribuir não só para uma recuperação mais rápida como também para a qualidade da assistência prestada (SOUSA et al., 2006).

Na UTIN do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, unidade em que a pesquisadora atua enquanto enfermeira assistencial, a avaliação da dor vem sendo realizada desde 2009, enquanto rotina, como um dos sinais vitais. Entretanto, podemos observar nos relatos dos profissionais da equipe que existem dificuldades relativas à aplicação da escala de avaliação da dor (*Neonatal Infant Pain Score – NIPS*), relacionadas à frequência necessária e momento adequado para avaliação da dor, além da própria dificuldade de percepção desta, em alguns momentos. Comumente, a experiência dos profissionais de UTIN os faz observar que medidas de conforto como contenção, sucção não nutritiva e oferta de solução glicosada são aplicadas, mas muitas vezes de forma condicionada, não sistematizada e, algumas vezes, inadequada diante da dor que se apresenta, quando se realiza uma avaliação mais sucinta (ZYTKUEWISZ et al., 2010). Tais fatores reforçam a importância e necessidade desta pesquisa.

Diante das inquietações apresentadas, a intenção deste estudo foi promover um momento de reflexão junto à equipe de enfermagem sobre o manejo do desconforto e da dor em recém-nascido, utilizando como estratégia de coleta de dados uma metodologia problematizadora (FREIRE, 2005; BORDENAVE; PEREIRA, 1994), desenvolvida em grupo, inserida no contexto de uma pesquisa convergente-assistencial (PCA) (TRENTINI; PAIM, 2004).

CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Trata-se de uma PCA que tem como característica a junção entre a prática assistencial e o processo educativo que o enfermeiro desenvolve como facilitador no seu ambiente de trabalho junto à equipe de enfermagem. A PCA é um método voltado para resoluções ou minimização de problemas da prática do cotidiano que a enfermeira vivencia e nas possíveis mudanças que o processo de reflexão promove nas práticas de saúde (TRENTINI; PAIM, 2004).

O desenvolvimento da PCA com a abordagem problematizadora possibilita a construção progressiva do conhecimento individual através da ação-reflexão-ação e da associação da prática com a teoria. É pela educação dialógica problematizadora que Freire (2005) anuncia a

transformação da realidade das pessoas, através do processo de conscientização.

O local de realização deste estudo foi a unidade de neonatologia do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago/UFSC. Os sujeitos do estudo foram 04 enfermeiras, 09 técnicos de enfermagem, 01 auxiliar de enfermagem e 02 acadêmicas de enfermagem, que concordaram em participar da pesquisa. Foram realizados 04 grupos de reflexões no período de outubro a novembro de 2011 por meio do processo educativo orientado pelos pressupostos de Paulo Freire e do arco da problematização (FREIRE, 2005; BORDENAVE; PEREIRA, 1994).

No 1º encontro conhecemos as percepções do grupo sobre a dor vivenciada pelo RN ou os fatores desencadeantes das mesmas. O 2º encontro se propôs a identificar quais métodos não farmacológicos o grupo conhece, além de revisar na literatura outros métodos não farmacológicos mencionados como eficazes no alívio da dor/desconforto. Já no 3º encontro foram discutidos quais e como são utilizados os métodos não farmacológicos para alívio da dor. No último encontro avaliamos o que funciona adequadamente na nossa realidade e o que podemos melhorar com relação ao manejo da dor no recém-nascido.

A coleta dos dados da PCA, portanto, foi realizada a partir dos depoimentos dos profissionais da equipe de enfermagem durante o transcorrer dos encontros. Para os registros dos grupos de reflexões utilizou-se o gravador, conforme acordado com os profissionais participantes. Também foi feito registro dos dados em Diário de Campo, anotando na íntegra os relatos e diálogos que foram gravados durante as oficinas.

Para analisar os dados dessa PCA, utilizamos a metodologia problematizadora, buscando os depoimentos mais significativos em relação ao objetivo proposto. Essa etapa envolveu os processos de apreensão, síntese e teorização proposta pela PCA (TRENTINI; PAIM, 2004). Inicialmente, realizou-se leitura das falas obtidas no decorrer dos grupos reflexores, onde emergiu palavras-chaves, contemplando o objetivo da pesquisa. A etapa de síntese que veio a seguir remeteu a leituras árduas de artigos pertinentes ao tema, objetivando a procura de expressões emitidas pelos sujeitos na perspectiva de levantar as possíveis categorias. Por fim, a etapa de teorização buscou estreitar a relação das categorias com o referencial teórico (TRENTINI; PAIM, 2004).

Assegurando os preceitos éticos, os sujeitos da pesquisa

aceitaram dela participar voluntariamente e foram identificados com letras do alfabeto referentes a sua categoria profissional, seguida de um número (por exemplo T1, E2, A1). Os encontros foram realizados após os profissionais assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número de processo 2241 FR 462628.

RESULTADO E DISCUSSÃO

A análise foi realizada a partir das três categorias que emergiram dos dados coletados durante a prática educativa, a saber:

- Os estímulos ambientais provocam dor e desconforto;
- Procedimentos invasivos como principais causadores da dor;
- A enfermagem reconhece os sinais de desconforto e dor emitidos pelo bebê.

Os estímulos ambientais provocam dor e desconforto

A implantação das UTIN's e os avanços tecnológicos resultaram em um aumento de manipulação dos prematuros, levando-os a permanecer sob forte luminosidade e ruídos ambientais durante todo o tempo (LAMY et al, 2005). As consequências do uso de luzes fluorescentes contínuas sobre o RN têm preocupado os pesquisadores, devido aos efeitos fisiológicos e bioquímicos que este tipo de iluminação causa. A iluminação contínua também interfere no desenrolar do ritmo do padrão dia e noite, muito importante no desenvolvimento futuro do RN, podendo provocar retinopatia no prematuro, levando a cegueira (TAMEZ; SILVA, 2006).

São múltiplas as causas de desconforto para o RN numa UTIN, incluindo: ventilação prolongada, nutrição inadequada, episódios de quedas de saturação de oxigênio, iluminação intensa, ruídos constantes, procedimentos múltiplos, entre outros. Na UTIN o neonato está submetido a diversos ruídos que são produzidos por ventiladores, incubadoras, monitores, alarmes, aspiradores de secreção, saídas de oxigênio e ar comprimido, telefones, diálogos estabelecidos entre os profissionais e familiares que podem comprometer o bem-estar do bebê e prejudicar seu desenvolvimento (KAKEHASHI et al., 2007).

Nos depoimentos dos profissionais da enfermagem percebemos a preocupação com o excesso de estímulos ambientais, tais como ruídos e luminosidade.

[...] porque o prematuro tinha que está na barriga, então ele não precisa ter estímulos externos de luz, de calor... “Ah, é dia, é noite.”... do barulho, então ele não precisa nada desses estímulos..[...] (T2)

[...] às vezes não precisa nem abrir a incubadora, só levantando a capinha, eles já acordam na hora [...] (T7)

Várias são as medidas comportamentais (não farmacológicas) que podem ser realizadas com o intuito de prevenir a dor na UTIN e também para tornar o ambiente mais humanizado e menos estressante para os pacientes e seus familiares: controlar a incidência de luzes fortes sobre o recém-nascido; diminuir o ruído a sua volta (alarmes e conversas); racionalizar a manipulação do RN (preservar períodos livres para o sono e evitar múltiplas coletas de sangue que devem ser agrupadas), utilizando protocolos de manipulação mínima; estimular o uso de cateteres centrais; diminuir a quantidade de esparadrapos e outras fitas adesivas sobre a pele; posicionar de forma adequada o tubo traqueal evitando sua tração ou movimentação (SILVA et al., 2007).

Uma fala que chama a atenção é a preocupação que os profissionais têm em respeitar o tempo do bebê, conforme recorte abaixo:

[...] Vamos esperar, vamos aquecer [...] (T2)

No manuseio, “dar um tempo” é uma abordagem que deve ser utilizada por toda a equipe da UTIN, bem como pelos pais após orientação. Antes da realização de procedimentos técnicos o profissional que cuida do bebê pode solicitar ao colega ou aos pais que auxiliem na organização do RN, na tentativa de que os estímulos permaneçam dentro da sua tolerância (BRASIL, 2011).

Procedimentos invasivos como principais causadores da dor

No que diz respeito ao RN, a dor não foi motivo de preocupação de clínicos e investigadores durante muito tempo, pois existia a crença de que o neonato era incapaz de sentir dor. Atualmente, no entanto, pesquisas têm documentado que o neonato possui todos os componentes funcionais e neuroquímicos necessários para a recepção e transmissão do estímulo doloroso (SOUSA et al., 2006).

Paralelamente à sofisticação dos recursos terapêuticos, um maior número de procedimentos invasivos se faz necessário para garantir a sobrevivência dessas crianças. Essa sobrevivência tem um custo para o neonato, incluindo uma maior exposição a fenômenos dolorosos. Por isso a imaturidade neurológica não torna o RN incapaz de sensibilidade e memórias algicas (NICOLAU et al., 2008). Não são todos os sinais de estresse que ocorrem de imediato após o procedimento; muitas vezes leva de cinco a dez minutos antes que se manifestem certos sinais de estresse e instabilidade fisiológica, como bradicardia e apneia (TAMEZ; SILVA, 2006).

Sabe-se que o tratamento adequado da dor neonatal está associado a menores implicações e redução da mortalidade. Nesse contexto, faz-se importante conhecer procedimentos geradores de dor para que estes sejam realizados somente na vigência de sua real necessidade e acompanhados de métodos analgésicos apropriados (NICOLAU et al., 2008). Nos encontros foi possível observar que os profissionais já identificam os procedimentos que causam dor no RN e se preocupam em utilizar estratégias para minimizar os efeitos deletérios da dor.

[...] Punção lombar que é um lugar super sensível, eu acho que dá. A gente tem que deixar padronizado que pra esse vamos usar [...] (T1)

[...] A aspiração, eu acho que são os procedimentos que a gente faz mais dolorosa, enfim, CPAP, intubação... punção lombar, gasometria que está dentro dos exames(E1)

doer muito é dreno de tórax (T3)

[...] o abocath já dói pra caramba. Imagina! eles que a gente fica cutucando arterial! Quem usa CPAP está sempre irritado, sempre irritado [...] (E1)

[...] seis dias depois que medicaram. Eu achava que era dor, eu via e esticava, ela chorou [...] (A1)

É de importância primordial o emprego da abordagem preventiva sempre que a dor possa ser prevista. No caso de procedimentos como:

punções venosas, intubação, entre outros, é melhor fazer a profilaxia do que esperar que o estímulo doloroso aconteça para poder tratar ou amenizar (MEDEIROS; MADEIRA, 2006).

Diversos estudos vêm mostrando que o estímulo doloroso repetitivo ou prolongado em fases precoces da vida pode levar a alterações no sistema nervoso central com consequências durante a infância e, possivelmente, na vida adulta (AYMAR; COUTINHO, 2006; GUINSBURG; CUENCA, 2010).

As falas dos participantes revelam que alguns profissionais ainda sentem dificuldades em tratar a dor, como podemos constatar:

[...] resistência porque eles (os médicos) sempre diziam que uns anos atrás que não sentiam dor porque uma parte do sistema nervoso não tava formado. É isso que eles diziam sempre. (T5)

[...] Não é qualquer choro que a gente pode dar medicação. Aqui fala de medidas farmacológicas e de não farmacológicas. (T4)

Aqui não dá medicação de rotina, é só nossa (referindo-se a enfermagem), nós que temos que perceber essa parte. (T2)

As dificuldades para o tratamento adequado da dor no RN não residem somente na falta de opções diagnósticas e terapêuticas, mas em como os profissionais da área de saúde se utilizam dos conhecimentos científicos a respeito da presença, do diagnóstico e do tratamento da dor em sua prática diária (AYMAR; COUTINHO, 2006; CASTRO et al., 2003).

A indicação de analgesia deve ser individualizada e sempre considerada em todos os RN portadores de doenças potencialmente dolorosas e/ou submetidos a procedimentos invasivos, cirúrgicos ou não (SILVA et al., 2007).

Uma prática humanizada que percebemos neste grupo é fazer os procedimentos sempre com duas pessoas, prática recomendada também na Norma de Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso do Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2011).

[...] Eu nunca puncionei sozinha, nem sei se eu sei puncionar sozinha. (T2)

[...] vim pra cá eu já aprendi a puncionar de duas por causa da dor do bebê [...] (T4)

Os profissionais devem atuar em conjunto durante os procedimentos, tomando a precaução de deixar uma pessoa dando suporte contínuo ao RN (podendo ser o pai ou a mãe), sendo cautelosos durante os cuidados e mantendo todas as interações dentro da tolerância do RN (BRASIL, 2011).

Devemos acentuar o processo de sensibilização dos profissionais, em especial os da enfermagem, para a linguagem do RN, com a finalidade de melhorar a assistência desse pacientes submetidos a inúmeros procedimentos dolorosos ao longo das internações nas UTIN's, pois estes profissionais são os principais envolvidos no manejo e nos cuidados dos RN's (SCOCHI et al., 2006).

A enfermagem reconhece os sinais de desconforto/dor emitidos pelo bebê

A prevenção e o tratamento da dor são um constante desafio. Envolve a avaliação da presença, do tipo, da intensidade, da localização e das possíveis causas da dor. Os parâmetros dessa avaliação podem mudar de cliente para cliente e, em se tratando de recém-nascido, essa avaliação torna-se ainda mais difícil, já que não se comunicam verbalmente, exigindo do profissional da enfermagem um efetivo raciocínio crítico, treinamento adequado e atualizações constantes (MEDEIROS; MADEIRA, 2006; GUIMARÃES; VIEIRA, 2008).

Atualmente, uma noção amplamente aceita é que tanto o RN atermo como o pré-termo apresentam todos os componentes anatômicos, funcionais e neuroquímicos essenciais para a nocicepção, ou seja, para a recepção, transmissão e integração do estímulo doloroso (SCOCHI et al.; 2006). Entre os comportamentos que podem indicar dor no RN estão o choro, a expressão facial e a agitação. Já no rol das reações fisiológicas, destacam-se o aumento da frequência cardíaca, respiratória e da pressão arterial, a diminuição da saturação de oxigênio, a apneia, a cianose, os tremores e a sudorese (SOUSA et al., 2006).

Nos depoimentos encontramos falas que ilustram a capacidade dos profissionais de enfermagem de identificar a dor.

[...] Na realidade a percepção da dor é bem notória pra todos aqui. (E1)

[...] Se a gente tá na enfermagem tem que procurar o bem estar, a humanização do outro, porque a gente tá fazendo pro outro, não tá fazendo para nós. (T1)

[...] quando eu to passando uma sonda, dói muito. Dói em mim e dói nele. (A1)

[...] todos os bebês daqui sentem dor [...] ficar com a dor? Porque eles não vão ter memória mais tarde? (E1)

Esta última fala retrata bem a preocupação com o futuro do RN em UTIN, pois a imaturidade neurológica não torna o neonato incapaz de sensibilidade e memórias álgicas (NICOLAU et al., 2008). A dificuldade de avaliação e mensuração do desconforto e da dor no RN constitui-se no maior obstáculo ao tratamento adequado da dor nas UTIN's (GUINSBURG; CUENCA, 2010).

No encontro reflexivo, os profissionais destacaram ainda a importância da observação, de reconhecer os sinais do bebê.

[...] Ampliar eu acho um pouco mais a observação do que é dor, não só do choro, mas a expressão facial, como a gente tem a escala [...] (E1)

No serviço onde foi realizada a pesquisa é utilizada a escala de NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*), com o objetivo de padronizar e facilitar a avaliação da dor no neonato. As escalas multidimensionais, como a NIPS, foram desenvolvidas baseadas na necessidade de decodificar os sinais comportamentais e fisiológicos do RN (AYMAR; COUTINHO, 2006). A NIPS é composta por seis indicadores de dor, cinco comportamentais e um fisiológico, incluindo a expressão facial, o choro, a movimentação de braços e pernas, o estado de sono/alerta e o padrão respiratório (NEVES; CORRÊA, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao buscar compreender as expectativas dos sujeitos participantes dos grupos de reflexão acerca do manejo do desconforto e da dor em RN pela equipe de enfermagem, constatou-se que os integrantes deste grupo,

através do diálogo e da reflexão-ação-reflexão, vislumbraram novas perspectivas e refletiram as práticas já realizadas, pautadas nos conhecimentos científicos, contextualizando-as como manejos apreendidos no cotidiano em UTIN.

Nos encontros percebemos a preocupação dos profissionais com as influências do fator ambiental que levam a possíveis desconfortos ou dor ao RN com implicações no seu desenvolvimento neuropsicomotor, já adotando na prática medidas como redução dos ruídos e luminosidade. Além disso, salientam a necessidade de medidas não farmacológicas e farmacológicas no manejo da dor, principalmente relacionadas aos procedimentos invasivos.

Destacamos ainda nesta pesquisa a importância dos profissionais da enfermagem reconhecerem os sinais de desconforto e dor emitidos pelo bebê e a utilização da escala NIPS como uma facilitadora deste processo. O recém-nascido, por meio de sinais como a expressão facial, a movimentação corporal, o choro e o estado de consciência, entre outros, exprime e tenta "comunicar" a dor que ele sente. Dessa forma, os sinais emitidos pelo RN diante do estímulo doloroso seriam um código, ou seja, uma linguagem. Surge, então, um novo problema: o profissional precisa "reconhecer" ou "decodificar" os sinais de dor emitidos pelo paciente pré-verbal. As escalas de avaliação da dor têm auxiliado o profissional de saúde neste processo.

O desenvolvimento da prática assistencial promoveu um pensar coletivo através do diálogo e das reflexões sobre os artigos publicados a respeito da temática, bem como das vivências da equipe de enfermagem no cotidiano em unidade neonatal, resultando num repensar que poderá favorecer a construção de novas concepções e renovação de nossas práticas.

REFERÊNCIAS

AYMAR, C.L.G.; COUTINHO, S.B. Fatores relacionados ao uso de analgesia sistêmica em neonatologia. **Rev Bras Ter Intensiva**, v.20, n.4, p. 405-410, 2005.

BORDENAVE, J.D.; PEREIRA, A.M. **Alguns fatores pedagógicos.** Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor - Área de saúde.. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. p. 19-26.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. **Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo**

peso: Método Canguru. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CASTRO, M.C.F.Z. et al. Perfil da indicação de analgésicos opióides em recém-nascidos em ventilação pulmonar mecânica. **J Pediatr.**, v.79, n.1, p.41-48, 2003.

FRAGA, D.A. et al. Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas. **Psicologia em Estudo**, v.13, n.2, p. 335-344, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 41. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GUIMARÃES, A.L.O; VIEIRA, M.R.R. Conhecimento e atitudes da Enfermagem de uma unidade neonatal em relação à dor no recém-nascido. **Arq Ciênc Saúde**, v.15, n.1, p. 9-12, 2008.

GUINSBURG, R.; CUENCA, M.C. **A linguagem da dor no recém-nascido**. Documento científico do departamento de neonatologia. 2010. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/doc_linguagem-da-dor-out2010.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2012.

KAKEHASHI, T.Y.; et al. Nível de ruído em unidade de terapia intensiva neonatal. **Acta paul. enferm.**, v.20, n.4, p. 404-409, 2007.

LAMY, Z.C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru: a proposta brasileira. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10,n.3, p. 659-668, 2005.

MEDEIROS, M.D.; MADEIRA, L.M. Prevenção e tratamento da dor do recém-nascido em terapia intensiva neonatal. **Rev. Min. Enf.**, v.10, n.2, p. 18-124, 2006.

NEVES, F.A.M.; CORRÊA, D.A.M. Dor em recém-nascidos: a percepção da equipe de saúde. **Cienc Cuid Saude**, v.7, n.4, p. 461-467, 2008.

NICOLAU, C.M. et al. Avaliação da dor em recém-nascidos prematuros durante a fisioterapia respiratória. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 8, n.3, p. 285-290, 2008.

SCOCHI, C.G.S. et al. Cuidado individualizado ao pequeno prematuro: o ambiente sensorial em unidade de terapia intensiva neonatal. **Acta Paul Enfermagem**, v.14, n.1, p. 9-16, 2001.

_____. A dor na Unidade Neonatal sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem de um Hospital de Ribeirão Preto-SP. **Revista Brasileira de enfermagem**, v.59, n.2, p. 188-94. 2006.

SILVA, Y.P.; et al. Avaliação da dor em neonatologia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v.57, n.5, p. 567-74, 2007.

SOUSA, B.B.B. et al. Avaliação da dor como instrumento para o cuidar de recém-nascidos pré-termo. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.15, n. esp. p.88-96, 2006.

TAMEZ, R.N.; SILVA, M.J.P. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

ZYTKUEWISZ, G.V. et al. **Implantação de protocolo da dor: uma experiência vivenciada**. Trabalho apresentado no 61° CBEN, 2009.

5.3 MANUSCRITO 2: MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DO DESCONFORTO E DA DOR NO RECÉM-NASCIDO: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA DA ENFERMAGEM

MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DO DESCONFORTO E DA DOR NO RECÉM-NASCIDO: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA DA ENFERMAGEM¹¹

Raquel Alves Cordeiro¹²
Roberta Costa¹³

RESUMO: Pesquisa convergente-assistencial que teve como objetivo construir com a equipe de enfermagem uma proposta de protocolo de cuidados baseado nos métodos não farmacológicos para o manejo do desconforto e da dor no recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva neonatal. Foi realizada na terapia intensiva neonatal de um Hospital Universitário, com 16 profissionais da equipe de enfermagem. A coleta de dados foi realizada em duas etapas: primeiramente, foi realizado um processo educativo-reflexivo e, em seguida, a pesquisadora realizou a observação participante nos diferentes turnos de trabalho da equipe de enfermagem. A proposta de protocolo de cuidados possibilitará a padronização das estratégias de cuidado no manejo da dor utilizando os métodos não farmacológicos no RN, além de contribuir para um melhor atendimento prestado na unidade neonatal, reduzindo a dor e o desconforto vivenciado durante a hospitalização, repercutindo também em menor número de sequelas e melhor qualidade de vida para o neonato e família.

Descritores: Dor; recém-nascido; neonatologia; enfermagem.

ABSTRACT: This Assistant Convergent Research approach aimed to build, along with the nursing staff, a plan of care based on non-pharmacological methods for pain management in newborns admitted to a neonatal intensive care unit. It took place in a neonatal intensive care

¹¹ Recorte da Dissertação de Mestrado: “Reflexões da equipe de enfermagem sobre o desconforto e a dor do recém-nascido: uma proposta de protocolo de cuidado baseado nos métodos não farmacológicos”, PEN/UFSC, 2012.

¹² Enfermeira da unidade neonatal do HU/UFSC. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem do PEN/UFSC. Membro do GRUPESMUR.

¹³ Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem PEN/UFSC. Enfermeira da unidade neonatal do HU/UFSC. Membro do GRUPESMUR.

of a university hospital, involving 16 professionals from nursing staff. Data collection was performed in two steps: first, it was performed a reflective-educational process and then the researcher conducted participant observation in different nursing staff's working turns. The care protocol proposal will enable the standardization of care strategies in pain management, using non-pharmacological methods in the newborn. Furthermore, it'll contribute in order to achieve a better care provided in the neonatal unit, reducing pain and stress experienced during hospitalization and also reflecting a smaller number of sequels and better quality of life for the newborn and family.

Descriptors: Pain; Infant, newborn; neonatology; nursing.

RESUMEN: Se trata de un estudio convergente-asistencial que tuvo como objetivo construir con el plan de atención de enfermería basada en métodos no farmacológicos para el tratamiento del dolor en los recién nacidos ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Se llevó a cabo en una unidad neonatal de cuidados intensivos del Hospital Universitario, con 16 miembros del personal de enfermería profesional. La recolección de datos se llevó a cabo en dos pasos: en primer lugar se realizó un proceso educativo reflexivo y entonces el investigador llevó a cabo la observación participante en diferentes turnos de trabajo del personal de enfermería. El plan de atención a la normalización de las estrategias de cuidado en el tratamiento del dolor utilizando métodos no farmacológicos en el RN y contribuye a mejorar la atención recibida en la unidad neonatal, la reducción del dolor y el estrés sufrido durante la hospitalización y que también refleja un menor número de secuelas y una mejor calidad de vida para el recién nacido y la familia.

Descritores: Dolor; Recién Nacido; Neonatología; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Na década de 1960, surgiram os primeiros estudos para avaliar se o recém-nascido (RN) era capaz de sentir dor, constatando-se que a mielinização não era imprescindível para a transmissão dos impulsos pelo trato sensorial. Hoje, sabe-se que os elementos do sistema nervoso central, necessários para a transmissão do estímulo doloroso ao córtex cerebral, estão presentes em RN's atermos e em prematuros, embora a maturação e a organização desse sistema neurosensorial continue durante a vida pós-natal (SOUSA et al., 2006).

Entre a vigésima e a vigésima quarta semana gestacional, o feto é capaz de perceber os estímulos dolorosos, pois as sinapses nervosas estão completas para a percepção da dor e as terminações livres existentes na pele e em outros tecidos possuem os receptores para a dor. Sendo assim, o neonato possui os componentes dos sistemas neuroanatômico e neuroendócrino suficientes para permitir a transmissão do estímulo doloroso segundo a Academia Americana de Pediatria (MEDEIROS; MADEIRA, 2006).

Diante destas constatações, torna-se imprescindível que o profissional de saúde que atua na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) saiba identificar, avaliar e tratar a dor do RN, procurando diminuir e/ou evitar efeitos nocivos para o desenvolvimento do neonato, além de contribuir para uma recuperação mais rápida e para a qualidade da assistência prestada (SOUSA et al., 2006). No ambiente hospitalar o RN é exposto comumente a muitos procedimentos estressantes e dolorosos. Calcula-se que como parte dos cuidados de rotina em UTIN cada RN gravemente doente seja submetido a cerca de 50 a 150 procedimentos dolorosos por dia (SOUSA et al., 2006; BRASIL, 2011). O objetivo da avaliação da dor deve ser o de proporcionar dados acurados, a fim de determinar quais ações devem ser adotadas para preveni-la, aliviá-la ou aboli-la e, ao mesmo tempo, avaliar a eficácia dessas ações. O ideal é que a avaliação e o tratamento da dor sejam interdependentes, pois um é praticamente inútil sem o outro. Estratégias de tratamento da dor, utilizadas sem uma avaliação sistemática, não são eficazes ou adequadas (SILVA et al., 2007).

Sabe-se que a avaliação do desconforto e da dor, é algo subjetivo e abstrato. É necessário também dispor de instrumentos que “decodifiquem” a linguagem da dor. Para isso foram desenvolvidas escalas unidimensionais e multidimensionais. Os instrumentos unidimensionais são designados para quantificar apenas a severidade ou a intensidade da dor. Exemplos desses instrumentos são as escalas de categoria numérica/verbal e a escala angico-visual que são frequentemente empregadas em ambientes clínicos, por serem de aplicação fácil e rápida. Os instrumentos multidimensionais, de outro lado, são empregados para avaliar e mensurar as diferentes dimensões da dor a partir de diferentes indicadores de respostas e suas interações (SOUSA, 2002). Como o RN apresenta uma linguagem peculiar e não consegue manifestar sua dor verbalmente, foram desenvolvidas escalas multidimensionais para auxiliar o profissional de saúde na avaliação da dor. Uma série de parâmetros físicos e comportamentais se modifica no RN diante de um estímulo doloroso. Dentre os parâmetros fisiológicos

de dor, os mais utilizados para a avaliação do fenômeno doloroso na prática clínica são a frequência cardíaca, a frequência respiratória, a saturação de oxigênio e a pressão arterial sistólica. A avaliação comportamental da dor fundamenta-se na modificação de determinadas expressões comportamentais, após um estímulo doloroso. As respostas comportamentais à dor mais estudadas são a resposta motora, a mímica facial, o choro e o padrão de sono e vigília (GUINSBURG; CUENCA, 2010). Exemplos de escalas de avaliação da dor em RN são o Sistema de Codificação da Atividade Facial (SCAFN), a Escala de Avaliação de Dor (NIPS) e o Perfil de Dor do Prematuro (PIPP).

A abordagem do tema manejo no alívio do desconforto e da dor em prematuros por parte da enfermagem, baseado nos métodos não farmacológicos, emerge como necessidade de perceber a sutileza da expressão de dor no bebê, de realizar uma melhor leitura corporal, da aplicabilidade mais consensual e amplamente humanizada das técnicas explicitadas em UTIN. O resultado é a prevenção ou minimização de futuras perdas psicomotoras, auditivas, visuais, além de limitações cognitivas (HENNIG; GOMES; GIANINI, 2006).

Estudos de acompanhamento em longo prazo de RN's que necessitavam de UTIN por longos períodos, têm apontado o aumento de sequelas incapacitantes, doenças crônicas, neurológicas, dificuldades de aprendizado e distúrbios cognitivos da linguagem, visão, audição e comportamentais, dentre outros. Alguns estudos sugerem que parte dessa morbidade pode representar injúrias no desenvolvimento do cérebro, advindas da estimulação estressante do ambiente de cuidado intensivo (FRAGA et al., 2008; SCOCHI et al., 2001).

A prática cotidiana dos profissionais lotados em UTIN faz perceber a importância de realizar esta pesquisa, cujo objetivo é construir, em conjunto com a equipe de enfermagem, uma proposta de protocolo de cuidados baseada nos métodos não farmacológicos para o manejo do desconforto e da dor no RN internado em UTIN.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa convergente assistencial (PCA), modalidade de investigação qualitativa esta que tem como característica a junção entre a prática assistencial e o processo educativo que o enfermeiro desenvolve como facilitador no seu ambiente de trabalho junto à equipe de enfermagem. A PCA é um método voltado para resoluções ou minimização de problemas da prática do cotidiano que a enfermeira vivencia e nas possíveis mudanças que o processo de

reflexão promove nas práticas de saúde (TRENTINI; PAIM, 2004).

O local de realização deste estudo foi a unidade de neonatologia do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Os sujeitos do estudo foram 04 enfermeiras, 09 técnicos de enfermagem, 01 auxiliar enfermagem e 02 acadêmicas de enfermagem, que concordaram em participar da pesquisa.

A coleta dos dados da PCA se deu em duas etapas: na primeira, foram realizados 04 grupos de reflexões no período de outubro a novembro de 2011 por meio do processo educativo orientado pelos pressupostos de Paulo Freire e do arco da problematização de Charles Maguerez. Os pressupostos de Paulo Freire possibilitam aos sujeitos problematizar a realidade vivenciada pelo RN em UTIN expostos à dor. Já a abordagem problematizadora possibilita aos sujeitos da pesquisa, refletirem suas ações e construir através do diálogo um pensar-fazer conscientes (FREIRE, 2005). No primeiro encontro, o grupo refletiu sobre a identificação da dor, buscando conhecer suas percepções sobre a dor vivenciada pelo RN ou seus fatores desencadeantes. No segundo encontro, os profissionais apontaram quais métodos não farmacológicos conheciam; além disso, foi feita a teorização do tema a partir da literatura sobre métodos não farmacológicos mencionados como eficazes no alívio da dor/desconforto. No terceiro encontro os profissionais refletiram sobre como e quando utilizam os métodos não farmacológicos para alívio da dor. No último encontro foi realizada uma avaliação sobre o que funciona adequadamente na unidade onde aqueles profissionais atuam e o que poderiam melhorar com relação ao manejo da dor no RN.

A segunda etapa da coleta de dados se deu através da observação participante realizada pelas pesquisadoras no mês de fevereiro de 2012, no período matutino, vespertino e noturno. A observação participante é uma técnica realizada através do contato direto das pesquisadoras com o fenômeno (manejo no alívio da dor em RN frente a procedimentos dolorosos ou momentos de fatores estressores), objetivando obter o máximo de informações sobre a realidade da equipe de enfermagem em seu próprio contexto (UTIN) (MINAYO, 2004). Neste momento, as pesquisadoras buscaram inserir-se no processo de orientação e aprendizado junto aos profissionais de enfermagem, resgatando os aspectos teóricos do manejo do desconforto e da dor e também as discussões realizadas nos grupos de reflexão. As pesquisadoras puderam observar e validar os dados coletados nos grupos de reflexão e até sugerir possibilidades de aplicação de métodos não farmacológicos

pautados na literatura como benéfico ao RN.

Para os registros dos dados oriundos dos grupos de reflexões foi utilizado um gravador, conforme acordado com os profissionais participantes. Como medida adicional de registro dos dados, serviu-se de um Diário de Campo, em que se anotou, na íntegra, os relatos e diálogos que foram vivenciados durante os encontros. A etapa da observação participante também foi registrada neste mesmo Diário de Campo.

A análise dos dados foi baseada nos passos da PCA, apreensão, síntese, teorização e transferência, resultando na construção da proposta de protocolo de cuidados a partir dos dados coletados nas duas etapas da pesquisa.

Assegurando os preceitos éticos, os sujeitos da pesquisa aceitaram participar voluntariamente da mesma e foram identificados com letras do alfabeto referentes à sua categoria profissional e um número (por exemplo T1, E2, A1). A pesquisa só foi iniciada após os profissionais assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido e o projeto ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob número de processo 2241 FR 462628.

Proposta de protocolo de cuidados para o manejo do desconforto e da dor no RN internado em UTIN

Esta proposta de protocolo contempla os cuidados de enfermagem que devem ser utilizados no manejo da dor em RN internados em UTIN, a partir dos métodos não farmacológicos.

O material apresenta os principais procedimentos que o RN hospitalizado é submetido e aponta as condutas que devem ser adotadas pelo profissional da equipe de enfermagem com o objetivo de prevenir ou minimizar a dor e o estresse no RN.

Na primeira parte do protocolo estão listados alguns cuidados preliminares no manejo do desconforto e da dor que servem de guias gerais para orientar o cuidado na UTIN. A seguir passamos a descrever estes cuidados.

- Reduzir os estímulos ambientais (ruídos e luminosidade)

As medidas de barulho na UTIN atingem níveis potencialmente perigosos para o frágil sistema auditivo do RN, principalmente nos prematuros. Os níveis de ruídos muito altos podem prejudicar a cóclea, causando perda da audição, além de interferirem com o repouso e o sono do RN, levando a fadiga, agitação e irritabilidade, choro, aumento da

pressão intracraniana e predispondo à hemorragia craniana nos prematuros (TAMEZ; SILVA, 2006). Somado a este fato, ainda temos a luz constante no ambiente da UTIN que pode atrasar a manifestação dos ritmos circadianos endógenos, levando à privação de sono ou interferir na consolidação normal do sono em pré-termos que demoram mais tempo para ajustar ao ciclo dia/noite e dormem mais até completarem 37 semanas (BRASIL, 2011). A luz forte evita que o RN abra os olhos e inspecione o ambiente, podendo causar alterações endócrinas. O aumento abrupto da luz está significativamente associado à diminuição da saturação de oxigênio (BRASIL, 2011).

- Agrupar os cuidados e promover períodos de sono

Os cuidados rotineiros devem ser agrupados de acordo com a tolerância do bebê (respeitando os ciclos de sono) a fim de possibilitar os maiores períodos de sono profundo que forem possíveis (BRASIL, 2011). Isso não significa realizar todos os cuidados de uma vez, pois o agrupamento de vários procedimentos em um curto espaço de tempo pode ser mais prejudicial ao pré-termo. A atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru – preconiza a utilização de ciclos dia/noite que possam permitir melhora na sincronização de ritmos biológicos, resultando no aumento de horas de sono noturno, na melhora na eficiência alimentar e até no ganho ponderal (BRASIL, 2011).

- Os procedimentos ao RN devem ser sempre por duas pessoas

Os profissionais devem atuar em conjunto durante os procedimentos, tomando a precaução de deixar uma pessoa dando suporte contínuo (contenção) ao RN (podendo ser o pai ou a mãe), sendo cautelosos durante os cuidados e mantendo todas as interações dentro da tolerância do RN (BRASIL, 2011).

- RN com peso de 1.000 g fazer contenção durante os procedimentos e não dar glicose

A “contenção facilitadora” é a colocação das mãos paradas, sem pressão excessiva, de forma elástica, contendo a cabeça, as nádegas e os membros do RN. Esta técnica é considerada um meio efetivo para confortar os bebês pré-termos durante procedimentos geradores de dor ou desconforto (BRASIL, 2011).

Os RN's com peso de 1000 g ou menos não apresentam reflexo de sucção, e não coordenam a deglutição/respiração. Os reflexos de sucção e deglutição estão presentes a partir da 17ª semana de gestação, sendo que a coordenação de sugar, deglutir e respirar é observada a

partir da 32^a a 34^a semana de gestação (BRASIL, 2011). Porém, a prática profissional mostra-nos que esses bebês não iniciam uma sucção eficiente de forma abrupta, havendo necessidade de um período de preparo e de treinamento para que os movimentos de sucção e deglutição sejam coordenados, sendo necessária, também, a observação da estabilidade clínica e maturidade individual (CAETANO; FUJINAGA; SCOCHI, 2003).

- Estimular e auxiliar pais na retirada do RN da incubadora, evitando a desorganização do RN

Antes de retirar o RN da incubadora podemos convidar os pais a auxiliar na organização do RN. Caso não aceitem por receio, devem aos poucos ser inseridos nos cuidados. O objetivo desta prática é que o RN se organize adequadamente com ajuda dos pais (BRASIL, 2011).

- A avaliação da dor deve ser realizada como rotina diária, preferencialmente associada à verificação dos sinais vitais

A dor deve ser considerada o “quinto sinal vital”, sendo recomendada sua avaliação em cada tomada de sinais vitais. Dessa maneira, o RN será avaliado com frequência e intervenções apropriadas para o controle da dor poderão ser adotadas quando necessário (NEVES; CORRÊA, 2008).

- Quando realizarmos a avaliação da dor, a partir da escala NIPS e o score da dor for maior que 4, descrever a intervenção que foi utilizada e reavaliar após 30 minutos registrando sempre o resultado

A escala NIPS foi elaborada para facilitar a “decodificação” dos sinais emitidos pelo RN e para promover o manejo mais adequado durante seu processo de internação (GUINSBURG; CUENCA, 2010). Quando ao utilizar a escala NIPS, avaliando os parâmetros físicos e comportamentais, e o score resultante for maior que quatro, devemos considerar que o RN está com dor.

É dever do profissional realizar o registro por escrito dos cuidados prestados. Os registros de enfermagem consistem na forma de comunicação escrita de informações pertinentes ao RN e aos seus cuidados. Entende-se que os registros são elementos imprescindíveis no processo de cuidado humano visto que quando redigidos de maneira que retratam a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação permanente, o monitoramento, a avaliação e o (re) planejamento global e contínuo dos cuidados, além do acompanhamento das ações de

cuidado prestadas (MATSUDA et al., 2006).

A segunda parte da proposta de protocolo de cuidados identifica os procedimentos rotineiros e causadores da dor no RN internado em UTIN e aponta as condutas que devem ser adotadas pelo profissional da equipe de enfermagem visando à prevenção/redução da dor, bem como as justificativas para assumir tais condutas.

Este item será apresentado em forma de tabela, favorecendo a melhor visualização da proposta de protocolo.

Procedimentos	Conduta	Justificativa
Punção arterial/venosa (coleta de exames, cateter central de inserção periférica, teste do pezinho, punção periférica)	1. Oferecer glicose a 25% (via oral lento) ou gotas de leite materno, de dois a três minutos antes, durante e após o procedimento;	<p>A revisão do Cochrane Group 14 mostra redução significativa dos indicadores de dor quando a glicose foi usada como analgésico em RN's prematuros e a termos submetidos à coleta de sangue (SILVA et al., 2007). A glicose oral é amplamente usada, pois se acredita que ocorra a ativação das papilas gustativas da porção anterior da língua, levando à liberação de opioides endógenos (MEDEIROS; MADEIRA, 2006).</p> <p>Ao investigar a eficácia do leite e seus componentes no alívio da dor durante e após o procedimento de punção do calcâneo, constatou-se que a sacarose e o Similac (fórmula especial do leite) reduziram as manifestações de dor durante e após o procedimento (LEITE; CASTRAL; SCOCHI, 2006; ALVES et al., 2011).</p>
	2. Realizar a contenção do RN durante o procedimento;	<p>A "contenção facilitadora" (colocação das mãos paradas, sem pressão excessiva, de forma elástica, contendo a cabeça as nádegas e os membros) demonstrou ser um meio efetivo para confortar pré-termo durante a punção de calcanhar (BRASIL, 2011).</p> <p>A contenção é uma medida que favorece a auto-organização e sugere um prolongamento do ambiente intrauterino, a partir de uma organização postural e da sensação de segurança. É a promoção de um</p>

Procedimentos	Conduta	Justificativa
		conforto efetivo, em que se atenuam respostas psicológicas e comportamentais de dor em neonatos (NICOLAU et al., 2008).
	3. Promover o contato pele a pele;	O contato pele a pele antes, durante e 3 minutos após o procedimento, acalma os bebês, fazendo com que chorem menos durante a realização do procedimento e apresentem expressão facial mais tranquila durante e após o procedimento. Este achado parece ser explicado pela liberação de opioides endógenos levando a uma ação analgésica (MEDEIROS; MADEIRA, 2006).
	4. Estimular a sucção nutritiva (quando a mãe estiver na unidade o RN pode ser colocado no seio materno) e/ou estimular a sucção não nutritiva em RN que não podem sugar.	A sucção não nutritiva parece ser de grande utilidade na organização neurológica e emocional do RN após a agressão sofrida (MEDEIROS; MADEIRA, 2006). Um estudo de revisão integrativa (ALVES et al., 2011) identificou a eficácia da sucção não nutritiva na redução da dor de RN's submetidos a procedimentos dolorosos. A administração de leite ou amamentação deve ser utilizada para o alívio da dor nos neonatos submetidos a procedimentos dolorosos (CRESCÊNCIO; ZANELATO; LEVENTHAL, 2009). Para as dores agudas provocadas por procedimentos menores (punção venosa, punção de calcanhar, coleta de sangue, aspiração etc.), as estratégias não farmacológicas devem ser consideradas; são elas: sucção ao seio materno, uso de solução adocicada oral (glicose ou sacarose), sucção não nutritiva, contato pele a pele e estimulação multisensorial (STEVENS et al., 2007), cujas eficácias em curto prazo e boa tolerância são reconhecidas (NICOLAU et al., 2008).

Procedimentos	Conduta	Justificativa
<p>CPAP (pressão positiva contínua nas vias aéreas)</p>	<p>1. Instilar 1gota de soro fisiológico 0,9% nas narinas antes de colocar a pronga ou lubrificar a pronga com vaselina;</p>	<p>As lesões nasais em neonatos, pelo uso inadequado de pronga, variam de simples hiperemia da mucosa nasal, sangramento, formação de crostas, necrose até a destruição total da parte anterior do septo (columela) e septo nasal. Sendo assim, é importante que os profissionais de saúde levem em consideração o tamanho adequado da pronga de acordo com o peso e o posicionamento. Uma pronga bem posicionada é aquela que não deforma as fâcies do neonato e sua ponte não encosta no septo nasal, além de não permitir a movimentação desse dispositivo dentro das narinas. Portanto, o tamanho e fixação inadequada da pronga são fatores essenciais para efeito não benéfico e formação de lesões, principalmente em relação às prongas menores, pelo fato de as mesmas não se encaixarem perfeitamente nas narinas dos neonatos, acarretando fricção do dispositivo no interior das narinas, além de favorecer o escape de ar. No intuito de proporcionar alívio e prevenir lesões, empregam-se proteções de narinas adesivas, como esparadrapo comum, fitas hipoalergênicas e placas de hidrocoloide, utilizadas anteriormente às narinas, para evitar a fricção direta da pronga com a columela e o septo (NASCIMENTO et al., 2009).</p>
	<p>2. Proteção dupla com hidrocoloide grosso em “T” ou um protetor tipo “focinho de porco”;</p>	
	<p>3. Fixar adequadamente as traqueias, evitar que a pronga fique “dançando”;</p>	
	<p>4. Massagem no septo nasal a cada oito horas.</p>	
<p>Fixação de sonda orogástrica (SOG) e nasogástrica (SNG)</p>	<p>1. Fixar “tipo gatinho” em duas pessoas;</p>	<p>A fixação tipo "gatinho" libera o músculo orbicular dos lábios deixando-o livre e facilitando a sucção no peito. Em uma avaliação da gengiva dos bebês observa-se a ausência de fissura do alvéolo dentário.</p>
	<p>2. Sempre proteger a pele com hidrocolóide fino.</p>	<p>Um dos aspectos fundamentais do cuidado de enfermagem neonatal é a preservação da integridade da pele dos RN's (ROLIM et al., 2009).</p>
	<p>1. Sempre em duas</p>	<p>Os profissionais devem atuar em</p>

Procedimentos	Conduta	Justificativa
Aspiração de tubo orotraqueal (TOT) e vias aéreas superiores (VAS)	2. Antes de aspirar certificar medida do tubo;	2. A marcação do cateter deverá corresponder ao comprimento da cânula traqueal, evitando que a ponta do cateter ultrapasse os limites da cânula e traumatize a mucosa; Realizar ausculta pulmonar bilateral para evitar aspiração seletiva; Verificar a posição do tubo orotraqueal; Checar a sua fixação, evitando deslocamento do tubo e lesão da pele (ARAUJO, 2008).
	3. Proteção ocular do RN durante a aspiração.	Para evitar queda de secreção nos olhos do RN e minimizar o risco de conjuntivite bacteriana.
	1. Realizar a contenção do RN durante o procedimento.	A contenção é uma medida que favorece a auto-organização e sugere um prolongamento do ambiente intrauterino, a partir de uma organização postural e da sensação de segurança. É a promoção de um conforto efetivo, em que se atenuam respostas psicológicas e comportamentais de dor em neonatos (ALVES et al., 2011).
Punção lombar		

Para finalizar a proposta de protocolo, os profissionais destacaram a importância de após todos os procedimentos, oferecer consolo para o RN e facilitar sua reorganização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção coletiva de uma proposta de protocolo de cuidados no manejo do desconforto e da dor do RN utilizando os métodos não farmacológicos possibilitou a equipe de enfermagem socializar suas ideias e experiências, provocando a reflexão e modificações na maneira

de pensar e agir do grupo, a partir das situações vividas no cotidiano da assistência na UTIN.

O estabelecimento de uma proposta de protocolo de cuidado possibilita a padronização das estratégias de cuidado no manejo do desconforto e da dor do RN, utilizando os métodos não farmacológicos. Adicionalmente, essa iniciativa contribui para um melhor atendimento prestado na unidade neonatal, reduzindo a dor e o desconforto vivenciado pelo neonato durante a hospitalização e também repercutindo em menor número de sequelas e melhor qualidade de vida para o RN e família.

O modo como foi estruturada a proposta de protocolo de cuidados poderá contribuir para seu uso rotineiro pela equipe de enfermagem, orientando as ações necessárias para o cuidado. Além disso, dará visibilidade ao papel dos profissionais de enfermagem na prevenção e/ou minimização da dor/desconforto do RN hospitalizado.

Espera-se também que a experiência vivenciada pela equipe de enfermagem sirva como estímulo para a realização de novas pesquisas e implantação de protocolo, no sentido de modificar, aprimorar e instrumentalizar a enfermagem neonatal no cuidado ao RN internado em UTIN.

REFERÊNCIAS

ALVES, C.O. et al. Emprego de soluções adocicadas no alívio da dor neonatal em recém-nascido prematuro: uma revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.32, n.4, p.788-96, 2011.

ARAÚJO, M.C. **Aspiração traqueal de recém-nascidos prematuros**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. **Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAETANO, L.C.; FUJINAGA, C.I.; SCOCHI, C.G.S. Sucção não nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.11, n.2, p.232-236, 2003.

CRESCÊNCIO, E.P.; ZANELATO, S.; LEVENTHAL, L.C. Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. **Rev. Eletr. Enf.**, v.11, n.1, p.64-9, 2009.

FRAGA, D.A. et al. Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas. **Psicologia em Estudo**, v.13, n.2, p. 335-344, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 41. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GUINSBURG, R.; CUENCA, M.C. **A linguagem da dor no recém-nascido**. Documento científico do departamento de neonatologia. 2010. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/doc_linguagem-da-dor-out2010.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2012.

HENNIG, M. A. S; GOMES, M. A. S. M., GIANINI, N. O. M. Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a “Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso-método canguru”. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 6, n. 4, p. 427-35, 2006.

LEITE, A.M.; CASTRAL, T.C.; SCOCHI, C.G.S. Pode a amamentação promover alívio da dor aguda em recém-nascidos? **Rev Bras Enferm** , v.59, n.4, p.538-426, 2006.

MATSUDA, L.M; et al. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 3, p. 415-421, 2006.

MEDEIROS, M.D.; MADEIRA, L.M. Prevenção e tratamento da dor do recém-nascido em terapia intensiva neonatal. **Rev. Min. Enf.**, v.10, n.2, p. 18-124, 2006.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: Teoria método e criatividade**. Porto Alegre: Vozes, 2004.

NASCIMENTO, R.M. et al. Frequência de lesão nasal em neonatos por uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas com pronga. **Rev. Latino-am enfermagem**, v.17, n.4, p.489-494, 2009.

NEVES, F.A.M.; CORRÊA, D.A.M. Dor em recém-nascidos: a

percepção da equipe de saúde. **Cienc Cuid Saude**, v.7, n.4, p. 461-467, 2008.

NICOLAU, C.M. et al. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro: parâmetros fisiológicos versus comportamentais. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v.33, n.3, p. 146-50, 2008.

ROLIM, K.M.C. et al. Atuação da enfermeira na prevenção de lesão de pele do recém-nascido. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.17, n.4, p. 544-9, 2009.

SCOCHI, C.G.S. et al. Cuidado individualizado ao pequeno prematuro: o ambiente sensorial em unidade de terapia intensiva neonatal. **Acta Paul Enfermagem**, v.14, n.1, p. 9-16, 2001.

SILVA, Y.P.; et al. Avaliação da dor em neonatologia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v.57, n.5, p. 567-74, 2007.

SOUSA, B.B.B. et al. Avaliação da dor como instrumento para o cuidar de recém-nascidos pré-termo. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.15, n.Esp, p.88-96, 2006.

SOUSA, F.A.E.F. Dor: o quinto sinal vital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.10, n.3, p. 446-447, 2002.

STEVENS, B.; et al. Determining behavioural and physiological responses to pain in infants at risk for neurological impairment. **Pain**, v.127, n.1, p. 94-102, 2007.

TAMEZ, R.N.; SILVA, M.J.P. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término desta pesquisa, é conveniente retornar aos seus objetivos, inicialmente propostos, que foram: “refletir sobre a prática da enfermagem na avaliação do desconforto e da dor e sobre as estratégias não farmacológicas utilizadas para minimizá-los” e “construir uma proposta de protocolo de cuidado no manejo do desconforto e da dor no RN em UTIN, utilizando métodos não farmacológicos”. Estes objetivos estiveram sempre presentes ao longo de todo o percurso até então desenvolvido e foram primordiais para nortear os achados deste estudo, que serão sintetizados a seguir.

É fácil identificar este estudo como um processo educativo coletivo efetivo, pois todos os participantes compartilharam conhecimentos e experiências, por meio dos encontros e das discussões em grupo, promovendo uma reflexão crítica da realidade, proporcionada pela construção da proposta de protocolo de cuidados e, com isso, a possibilidade de transformação da prática diária.

Durante toda a prática educativa identificou-se um movimento de mudança nas atitudes dos profissionais envolvidos neste processo de humanizar o cuidado ao RN hospitalizado e como seu resultado surgiu a proposta do protocolo de cuidados que cumpriu o objetivo anteriormente citado. As premissas do “saber ouvir” e da neutralidade, buscadas pela pesquisadora nos momentos de reflexões do grupo, foram fundamentais para o desenvolvimento do processo educativo. Este processo de conscientização possibilitará transformações na realidade vivenciada.

A construção coletiva de uma proposta de protocolo de cuidados no manejo do desconforto e da dor do RN utilizando os métodos não farmacológicos possibilitou a equipe de enfermagem socializar suas ideias e experiências, provocando modificações na maneira de pensar e agir do grupo, tendo especial relevância o fato que as reflexões ocorreram a partir das situações vividas no cotidiano da assistência na UTIN.

A PCA permitiu movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência com a prática, de maneira a criar espaços de superposição com a assistência ao RN hospitalizado. Foi muito gratificante observar o cotidiano em UTIN, onde se contactou uma preocupação em solucionar o momento de desconforto do RN.

A utilização simultânea de parâmetros fisiológicos e comportamentais é apontada como a forma mais adequada para a detecção da dor em RN prematuros. Tratar adequadamente a dor nas

UTIN significa humanizar a assistência neste ambiente, o que inclui a integração do cuidado físico, social e emocional. Porém, para atingir isto se faz necessário comprometimento dos profissionais com seu ambiente de trabalho, buscando repensar sua prática, para um atendimento integral ao indivíduo e sua família.

Destaca-se ainda, a necessidade de capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde para perceberem que o RN sente desconforto/dor e necessita de medidas para sua redução. A fragilidade das unidades em não ter um protocolo de avaliação da dor e medidas para o manejo do desconforto e da dor implica numa subjetividade de opiniões individualizadas, o que gera a falta de uma aplicabilidade mais consensual de medidas preventivas da dor.

São necessárias novas pesquisas neste campo de conhecimento, principalmente para avaliar a eficácia e segurança da utilização métodos farmacológicos nos RN's internados em UTIN. Sugere-se também que instituições que já têm protocolo de manejo da dor no recém-nascido compartilhem suas experiências como forma de aprendizagem para outros profissionais que atuam no cuidado ao neonato, a fim de que se garanta a redução das sequelas físicas e psicológicas que a internação do RN possa causar para sua vida futura.

Os resultados obtidos nesta pesquisa contribuem para uma melhoria do atendimento prestado ao RN na UTIN, objetivando a compreensão e redução do desconforto e da dor por ele vivenciada durante a hospitalização e também repercutindo em menor número de sequelas para o neonato.

Ressalta-se, igualmente, a importância do cuidado com o ambiente da UTIN, no sentido de minimizar o excesso de estímulo ao RN, o que por certo contribui para a diminuição da sensação de desconforto, com a finalidade elementar de preservar a saúde e melhorar a qualidade de vida desses seres imaturos e frágeis, possibilitando assim, um cuidado mais integral, individualizado e sensível.

Espera-se também que a experiência vivenciada pela equipe de enfermagem sirva como estímulo para a realização de novas pesquisas no sentido de repensar, modificar, aprimorar e instrumentalizar a enfermagem neonatal no cuidado ao RN internado em UTIN.

REFERÊNCIAS

- AYMAR, C.L.G.; COUTINHO, S.B. Fatores relacionados ao uso de analgesia sistêmica em neonatologia. **Rev Bras Ter Intensiva**, v.20, n.4, p. 405-410, 2006.
- ALS, H. et al. Individualized behavioral and environmental care for the very low birth weight preterm infant at high risk for BPD: neonatal intensive care unit and developmental outcome. **Pediatrics**, v. 78, n. 6, p. 1123-32, 1986.
- ALVES, C.O. et al. Emprego de soluções adocicadas no alívio da dor neonatal em recém-nascido prematuro: uma revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.32, n.4, p.788-96, 2011.
- ARAÚJO, M.C. **Aspiração traqueal de recém-nascidos prematuros**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, 2008.
- BAGATINI, A. et al. **Anestesia: a vitória sobre a dor**. Porto Alegre: Sociedade de Anestesiologia do Rio Grande do Sul, 2001.
- BOCHEMBUZIO, L.; GAIDZINSKI, R. R. Instrumento para classificação de recém-nascidos de acordo com o grau de dependência de cuidados de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 18, n. 4, p. 382-389, 2005.
- BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo *ethos*. **Inclusão Social**, v. 1, n. 1, p. 28-35, out./mar., 2005.
- BONETTO, G. et al. Prevención del dolor en recién nacidos de término: estudio aleatorizado sobre três métodos. **Arch Argent Pediatr.**, v. 106, n.5, p. 392-396, 2008.
- BORDENAVE, J.D.; PEREIRA, A.M. **Alguns fatores pedagógicos**. Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor - Área de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BOSS, J. et al. **Pain as the 5th vital sign toolkit**. National Pain Management Coordinating Committee. Disponível em: <<http://www.va.gov/PAINMANAGEMENT/docs/TOOLKIT.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretária de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança, **Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n° 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.196 de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos. Brasília: CNS, 1996.

_____. Lei no 7.498 de 25 Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, p. 9273-9275, 26 jun. Seção I, 1986.

BRAZELTON, B. T. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

BUENO, M.; SILVA, A. Procedimentos dolorosos em recém-nascidos de baixo risco. **Rev. Min. Enferm.**, v.11, n.3, p. 238-241, 2007.

CAETANO, L.C.; FUJINAGA, C.I.; SCOCHI, C.G.S. Sucção não nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v.11, n.2, p. 232-236, 2003.

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.

CASTRO, M.C.F.Z. et al. Perfil da indicação de analgésicos opióides em recém-nascidos em ventilação pulmonar mecânica. **J Pediatr.**, v.79, n.1, p. 41-8, 2003.

CHRISTOFFEL, M.M. et al. Princípios éticos da equipe de enfermagem ao cuidar da dor do recém-nascido. **Rev. Min. Enferm.**, v.13, n.3, p.321-326, 2009.

COSTA, R. **Saberes e prática no cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva na década de 1980**. 2009. 169f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

_____. **Reflexões da equipe de saúde sobre o método mãe-canguru em uma unidade de neonatologia: um diálogo fundamentado na abordagem problematizadora**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2005.

CRESCÊNCIO, E. P.; ZANELATO, S.; LEVENTHAL, L. C. Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 1, p. 64-9, 2009.

DÁVILA, R.G. et al. Dor aguda neonatal com estímulos dolorosos repetitivos, estudo randomizado comparando três métodos analgésicos não farmacológicos. **Rev. Peru pediatr.**, v. 62, n.1, p. 8-14, 2009.

ERDMANN, A.L. et al. Teses produzidas nos programas de pós-graduação em enfermagem de 1983-2001. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n.5, p. 497-505. 2005.

FABRE-GRENET, M. Os Meios de Comunicação do Prematuro. In: BUSNEL, M.C. (Org.) **A linguagem dos bebês**. Sabemos Escutá-los? São Paulo: Escuta, 1997.

FALCÃO, F.R.C.; SILVA, M.A.B. Contenção durante a aspiração traqueal em recém-nascidos. **R. Ci. md. Biol.**, Salvador, v.7, n.2, p.123-131, 2008.

FITZGERALD, M.; BEGGS, S. The neurobiology of pain: developmental aspect. **Neurocientist**, v.7, n. 3, p. 246-257, 2001.

FRAGA, D. A. et al. Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n.2, p. 335-344, 2008.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática de libertação (uma introdução ao pensamento de Freire). São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 41. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GAIVA, M. A. M.; DIAS, N. S. Dor no recém-nascido: percepção de profissionais de saúde de um hospital universitário. **Rev Paul Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 234-9, 2002.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**, v.10, n.1, p. 1-11, 1987.

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

_____. Cuidados ao desenvolvimento: Intervenções de proteção ao desenvolvimento inicial do recém-nascido pré-termo. **Rev. Paul. Pediatria**, v. 28, n. 1, p. 77-8, 2010.

GONZALEZ, A. L. V. et al. Valorização da dor neonatal: uma experiência clínica. **Aquichan**, v. 7, n. 2, 2007.

GUIMARÃES, A.L.O.; VIEIRA, M.R.R. Conhecimento e atitudes da Enfermagem de uma unidade neonatal em relação à dor no recém-nascido. **Arq Ciênc Saúde**, v.15, n.1, p. 9-12,. 2008.

GUINSBURG, R. **A linguagem da dor no recém-nascido**. Documento científico do departamento de neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2003. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br>>. Acesso em: 01 jun. 2011.

_____. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. **J. Pediatr.**, v. 75, n. 3, p.149-60, 1999.

GUINSBURG, R.; CUENCA, M.C. **A linguagem da dor no recém-nascido**. Documento científico do departamento de neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria. 2010. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/doc_linguagem-da-dor-out2010.pdf>.

Acesso em: 10 mai. 2012.

HENNIG, M. A. S.; GOMES, M. A. S. M., GIANINI, N. O. M. Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a “Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso-método canguru”. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 6, n. 4, p. 427-35, 2006.

KAKEHASHI, T.Y. et al. Nível de ruído em unidade de terapia intensiva neonatal. **Acta paul. enferm.**, v.20, n.4, p. 404-409, 2007.

LAGO, P.M. et al. Analgesia e sedação em situações de emergência e unidades de tratamento intensivo pediátrico. **J Pediatr.**, v.79, Suppl 2, p.S223-30, 2003.

LAMY, Z. C. **Estudo das situações vivenciadas por pais de recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal.** Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

LAMY, Z.C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru: a proposta brasileira. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p. 659-668, 2005.

LEITE, A.M.; CASTRAL, T.C.; SCOCHI, C.G.S. Pode a amamentação promover alívio da dor aguda em recém-nascidos? **Rev Bras Enfermagem**, v.59, n.4, p.538-426, 2006.

LEOPARDI, M. T. Estudo de teorias. In:_____. **Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática.** Florianópolis: Papa-livro, 1995. p.28-57.

LOTT, J. W. Developmental metal Care of the preterm infant. **Neonatal Network**, v. 7, n. 4, p. 21-28, 1989.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

MATSUDA, L.M. et al. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.08, n.3, p. 415-421, 2006.

MEDEIROS, M.D.; MADEIRA, L.M. Prevenção e tratamento da dor do recém-nascido em terapia intensiva neonatal. **Rev. Min. Enf.**, v.10, n.2, p. 118-124, 2006.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. Porto Alegre: Vozes, 2004.

MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J. M. de A.; CARVALHO, M. **O recém nascido de alto risco: teoria e prática no cuidar**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2004.

MONTICELLI, M. **Nascimento como rito de passagem: abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos**. São Paulo: Robe Editorial, 1997.

_____. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia de alojamento conjunto**. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

NASCIMENTO, R.M. et al. Frequência de lesão nasal em neonatos por uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas com pronga. **Rev. Latino-am enfermagem**, v.17, n.4, p.489-494, 2009.

NEVES, F. A. M.; CORRÊA, A. M. Dor em recém-nascido: a percepção da equipe de saúde. **Cienc.Cuid. Saúde**, v. 7, n. 4, p. 461-467, 2008.

NEVES, P.; GONÇALVES, L.H.T. As questões do marco teórico nas pesquisas em enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 1984, Florianópolis. **Anais ...** Florianópolis: UFSC, 1984. p.210-229.

NICOLAU, C.M. et al. Avaliação da dor em recém-nascido prematuros durante a fisioterapia respiratória. **Rev. Bras. Saúde. Mater. Infant.**, v. 8, n. 3, p.285-90,2008.

NICOLAU, C. M. et al. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro: parâmetro fisiológico versus comportamentais. **Arquiv. Bras. Cien. Saúde**, v. 33, n. 3, p. 146-50, 2008.

NÓBREGA, F.S.; SAKAI, L.; KREBS, V.L.J. Procedimentos dolorosos e medidas de alívio em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Med**, v.86, n.4, p. 201-6, 2007.

OLIVEIRA, R. M. et al. Avaliação comportamental e fisiológica da dor em recém-nascido pelos profissionais de enfermagem. **Rev. Min. Enf.**, v. 14, n. 1, p.11-8, 2010.

PRESTES, A.C.Y. et al. Frequência do emprego de analgésicos em unidades de terapia intensiva neonatal universitárias. **J Pediatr.**, v.81, n.5, p. 405-10, 2005.

ROLIM, K.M.C. et al. Atuação da enfermeira na prevenção de lesão de pele do recém-nascido. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.17, n.4, p. 544-9, 2009.

SCOCHI, C.G.S. et al. Cuidado individualizado ao pequeno prematuro: o ambiente sensorial em unidade de terapia intensiva neonatal. **Acta Paul Enfermagem**, v.14, n.1, p. 9-16, 2001.

SCOCHI, C. G. et al. A dor na Unidade de Terapia sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem de um hospital de Ribeirão Preto/SP. **Rev.Bras. Enf.**, v. 59, n. 2, p. 188-94, 2006.

SILVA, Y.P. et al. Avaliação da dor em neonatologia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v.57, n.5, p. 567-74, 2007.

SILVA, T.M. et al. Dor sofrida pelo recém-nascido durante a punção arterial. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v.13, n.4, p.726-32, 2008.

SINASC. Sistema de Informação de Nascidos Vivos. 2009. Disponível em: <www.datasus.gov.br/catalogo/sinasc.htm>. Acesso em: 17 mar. 2012.

SOUSA, B. B. B. et al. Avaliação da dor como instrumento para o cuidado de recém-nascidos pré-termo. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. esp, p.88-96, 2006.

SOUSA, F.A.E.F. Dor: o quinto sinal vital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 10, n.3, p. 446-447, 2002.

STEVENS, B. et al. Determining behavioural and physiological responses to pain in infants at risk for neurological impairment. **Pain**, v.127, n.1, p.94-102, 2007.

TAMEZ, R. N, SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém nascido de alto risco**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

TAVARES, L.A.M. **Uma Declaração Universal de Direitos para o Bebê Prematuro**. Brasil 2008/2009. São Paulo: Diagraphic, 2009.

TOMISKA, V. et al. A national two year follow up study of extremely low birthweight infants born in 1996-1997. **Archives of Disease in Childhood Fetal Neonatal**, v. 88, p. 29-35, 2003.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

VANDENBERG, K. A. Developmental care: it is working? **Neonatal Network**, v. 15, n.1, p. 67-69, 1996.

VIGNOCHI, C.; TEIXEIRA, P.P.; NADER, S.S. Efeitos da fisioterapia aquática na dor e no estado de sono e vigília de recém-nascidos pré-termo estáveis internados em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Bras Fisioter.**, v.14, n.3, p. 214-20, 2010.

ZYTKUEWISZ, G.V. et al. Implantação de protocolo da dor: uma experiência vivenciada. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61, 2009. **Anais..** 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TABELA CATALOGAÇÃO (SCIELO & LILACS)

Código do Periódico	ANO	PERIÓDICO O Nome, Volume, N.º	AUTORES Profissão, titulação Instituição	TÍTULO	BASE DE DADOS e Descritor
X1	2007	Rev Bras Anestesiol; 57: 5: 565-574	Yerkes Pereira e Silva 1, Renato Santiago Gomez, TSA2, Thadeu Alves Máximo 3, Ana Cristina Simões e Silva 4 1. Anestesiologista e Neonatólogista do Hospital Life Center, Belo Horizonte, MG 2. Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia da FM/UFMG 3. Aluno de Graduação da FM/UFMG 4. Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da FM/UFMG	Avaliação da Dor em Neonatologia.	Scielo AVALIAÇÃO: Dor; DOR: neonatologia; TÉCNICAS DE MEDIÇÃO: Dor.
X2	2008	Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., 8 (3): 285-290.	Carla Marques Nicolau 1 Juliana Della Croce Pigo 2 Mariana Bueno 3 Mário Cícero Falcão 4 Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. 3 Núcleo de Pesquisa do Hospital das Clínicas. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil 4 Disciplina de Neonatologia. Departamento de Pediatria. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo.	Avaliação da dor em recém- nascidos prematuros durante a fisioterapia Respiratória.	Scielo Dor, Modalidades de fisioterapia, Prematuro.
X3	2006	Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., 6 (4): 427-435, out. / dez., 2006	Márcia de Abreu e Silva Hennig1 Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes2 Nicole Oliveira Mota Gianini3 1-3 Instituto Fernandes Figueira - IFF FIOCRUZ/RJ. Av. Rui	Conhecimen- to s e práticas dos profissionais de saúde sobre a "atenção humanizada ao recém- nascido de	Scielo Método canguru, Cuidados de saúde, Recém- nascido de baixo peso, Programa de Humanização no

			Barbosa, 716 - Flamengo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.-	baixo peso - método canguru".	Pré-Natal e nascimento, Prática profissional.
--	--	--	---	-------------------------------------	--

Periódico	X1	X2	X3
OBJETIVO DO ESTUDO	Chamar a atenção para que a dor no recém-nascido seja valorizada como o quinto sinal vital, sendo avaliada de maneira sistematizada e tratada mediante protocolos previamente estabelecidos, abolindo o empirismo e o subtratamento.	Avaliar a presença de dor durante a fisioterapia respiratória em prematuros submetidos à ventilação mecânica.	Identificar os conhecimentos e as práticas sobre a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru (AHRNBPMC) de profissionais médicos e de enfermagem em maternidades públicas da cidade do Rio de Janeiro
AMOSTRA		Foram estudados 30 prematuros (15 masculinos), com idade gestacional média ao nascimento de 30,70±2,10 semanas e peso médio de nascimento de 1010,70±294,60 gramas.	Participaram das entrevistas 148 médicos e enfermeiros atuantes nestas unidades. Destes, os 116 profissionais que atuam exclusivamente na unidade intensiva responderam sobre quesitos específicos das práticas assistenciais sobre a perspectiva da AHRNBP-MG
ABORDAGEM TEÓRICA			
ABORDAGEM METODOLÓGICA	Quantitativa.	Quantitativa.	Quantitativa
RESULTADOS	17 Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, constataram que todos os profissionais de saúde entrevistados acreditavam que o recém-nascido sente dor. Entretanto, em apenas duas unidades existiam rotinas escritas para o tratamento da dor, e de 30% a 90% dos recém-nascidos de cada unidade não recebiam qualquer tipo de analgesia durante a realização de	Mostrou que 23 RN (19,1%) apresentavam escores indicativos de dor.	<i>Em relação às estratégias apontadas para minimizar ruído e luminosidade, 39% dos profissionais referiram atender rapidamente aos alarmes/cuidados e 88% apontaram a diminuição da luminosidade em pelo menos 1 período em 24h. Como estratégias para dor/desconforto, 34% referiram usar a sucção não nutritiva e 9% citaram utilizar glicose. Oitenta e três por cento relataram serem as informações do quadro clínico as principais informações aos pais na 1ª visita. O exame</i>

	procedimentos sabidamente dolorosos.		<i>físico é o procedimento em que é permitida a presença da mãe para 73% dos entrevistados. Cinquenta e nove por cento usavam a estabilidade clínica como critério para a ida do bebê ao colo materno pela primeira vez.</i>
PRINCIPAIS CONCLUSOES	A atual atenção para melhores métodos de medição e avaliação serviu para aumentar a sensibilidade dos profissionais de saúde em relação à natureza das experiências dolorosas.	<i>a fisioterapia respiratória não foi desencadeante de estímulos dolorosos, porém o procedimento de aspiração, por ser invasivo, mostrou-se potencialmente doloroso, devendo ser realizado e somente quando estritamente necessária não como rotina pré-estabelecida. Sabe-se que a utilização de escalas para avaliação da dor neonatal ainda não é uma rotina na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, no entanto, este estudo demonstrou que a aplicação da NIPS foi capaz de indicar a ocorrência de dor ante procedimentos invasivos. Os efeitos deletérios da dor neonatal tornam este evento merecedor de uma adequada abordagem. É importante que a equipe atuante seja capaz de identificar a dor e prever sua ocorrência mediante procedimentos, instituindo tratamentos adequados para sua minimização e controle</i>	<i>Apesar do conhecimento teórico sobre a Atenção Humanizada, os profissionais ainda não o utilizam plenamente em sua prática clínica, sugerindo que ainda não está completamente assimilada a abrangência dessa forma de cuidado neonatal.</i>

Código Do Periódico	ANO	PERIÓDICO Nome, Volume. N°	AUTORES Profissão, titulação Instituição	TÍTULO	BASE DE DADOS e Descritor
X4	2010	Rev Paul Pediatr;28(1): 77-85.	Cláudia Maria Gaspardo 1, Francisco Eulógio Martinez 2, Maria Beatriz M. Linhares 3. 1 Mestre em Ciências	Cuidado ao desenvolvimento : intervenções de proteção ao desenvolvimento	SCIELO Unidades de terapia intensiva

			<p>Médicas do Programa de Saúde Mental da FMRP-USP; Psicóloga da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital das Clínicas da FMRP-USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil.</p> <p>2 Professor Titular do Departamento de Puericultura e Pediatria da FMRP-USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil.</p> <p>3 Professora-associada do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da FMRP-USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil</p>	inicial de recém-nascidos pré-termo.	neonatal; prematuro; cuidado do lactente.
X5	2008	Rev Bras Ter Intensiva; 20(4): 405-410	<p>Carmen Lúcia Guimarães de Aymar¹, Sônia Bechara Coutinho²</p> <p>1- Pós-graduanda (Mestrado) em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco e Neonatologista da Unidade Neonatal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.– UFPE – Recife (PE), Brasil.</p> <p>2- Doutora, Professora da Pós-Graduado em Saúde da Criança e do Adolescente e da Disciplina de Neonatologia e Puericultura do Departamento Materno-Infantil da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil.</p>	Fatores relacionados ao uso de analgesia sistêmica em neonatologia.	SCIELO Analgesia/ métodos; Dor; Recém-nascido; Unidades de terapia intensiva neonatal
X6	2006	Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis; 15 (Esp): 88-96.	<p>Bruna Bryenna Brito Sousa¹, Marinese Hermínia Santos², Francisca Georgina Macêdo de Sousa³, Anna Paula Ferrário Gonçalves⁴, Sirliane de Souza Paiva⁵</p> <p>1 Trabalho apresentado no 3º Seminário Internacional de Filosofia e Saúde, Florianópolis, outubro de 2006.</p> <p>2 Enfermeira do Programa Saúde da Família do município de Barreirinhas,</p>	Avaliação da dor como instrumento para o cuidar de recém-nascidos pré-termo.	SCIELO Enfermagem neonatal. Prematuro. Medição da dor.

			<p>MA. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Criança e do Adolescente (GEPSCA) na Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Maranhão, Brasil.</p> <p>3 Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Enfermagem da UFMA. Membro do GEPSCA. Maranhão, Brasil.</p> <p>4 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da UFMA. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do GEPSCA. Maranhão, Brasil.</p> <p>5 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da UFMA. Membro do GEPSCA. Maranhão, Brasil.</p> <p>6 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da UFMA. Maranhão, Brasil.</p>		
--	--	--	--	--	--

Periódico	X4	X5	X6
OBJETIVO DO ESTUDO	Revisar ensaios clínicos randomizados, publicados entre 2002 e 2009, sobre a eficácia de intervenções em Cuidado ao Desenvolvimento em recém-nascidos pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	Realizar uma revisão da literatura sobre o histórico e o estágio atual de conhecimento sobre a analgesia sistêmica em neonatologia e os fatores que influenciam a sua utilização.	Analisar como mães e enfermeiras identificam a dor em recém-nascidos prematuros e verificar se identificam os sinais de dor pela expressão facial.
AMOSTRA	Variou entre 19 a 92 participantes.		24 mães e 12 enfermeiras
ABORDAGEM TEÓRICA			
ABORDAGEM METODOLÓGICA	Quantitativa	Qualitativa	Quantitativa.
RESULTADOS	As intervenções em Cuidado ao Desenvolvimento	Analgesia numa prática rotineira nas unidades de terapia	Proporciona conforto (16,7%); proporciona recuperação mais rápida

	<p>promoveram melhora em curto prazo nos resultados fisiológicos, comportamentais, neurológicos e clínicos dos recém-nascidos. Observou-se diminuição da reatividade à dor nos recém-nascidos durante procedimentos de pesagem e troca de fraldas. Os pais que receberam intervenções em Cuidado ao Desenvolvimento passaram a apresentar maior senso de competência para cuidar do recém-nascido. Os profissionais treinados em Cuidado ao Desenvolvimento demonstraram melhor desempenho na assistência ao recém-nascido e valorizaram mais os estímulos ambientais, físicos e sociais</p>	<p>intensiva neonatal, de uma forma geral, apesar dos inúmeros estudos demonstrando a importância do tema.</p>	<p>do RN (8,3%); e que a dor não tratada concorre para conseqüências psicológicas na criança (8,3%). Mesmo concordando com a importância do tratamento da dor 8,3% das enfermeiras não justificaram sua resposta.</p>
<p>PRINCIPAIS CONCLUSOES</p>	<p>Intervenções em Cuidado ao Desenvolvimento na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal promoveram benefícios ao desenvolvimento e saúde dos recém-nascidos pré-termo no período neonatal e no primeiro ano de vida. Em estudos futuros, recomenda-se maior rigor metodológico no que se refere à condição de pesquisador “cego” em relação às intervenções e controle das variáveis de confusão. Estudos prospectivo-longitudinais são necessários para avaliar a eficácia das intervenções em médio e longo prazo no desenvolvimento.</p>	<p>Faz-se necessário unir esforços no sentido de corrigir as atuais falhas na assistência intensiva neonatal, através de novas pesquisas sobre o tema, incluindo drogas mais seguras, introduzindo no currículo formal de disciplinas relativas a estratégias para promover o bem estar do paciente, organização dos serviços no sentido da detecção das falhas na assistência e do estabelecimento de rotinas específicas sobre o manejo da dor no recém-nascido, além da atualização e sensibilização dos profissionais envolvidos nos cuidados aos bebês.</p>	<p>Mães identificaram melhor a dor pela expressão facial do que as enfermeiras.</p>

Código Do Periódico	ANO	PERIÓDICO Nome, Volume. N°	AUTORES Profissão, titulação Instituição	TÍTULO	BASE DE DADOS e Descritor
X7	2007	Revista Brasileira de Anestesiologia 575 Vol. 57, No 5.	Yerkes Pereira e Silva1, Renato Santiago Gomez, TSA2, Thadeu Alves Máximo3, Ana Cristina Simões e Silva4 1. Anestesiologista e Neonatologista do Hospital Life Center, Belo Horizonte, MG 2. Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia da FM/UFMG 3. Aluno de Graduação da FM/UFMG 4. Professora Adjunto do Departamento de Pediatria da FM/UFMG	Sedação e Analgesia em Neonatologia.	SCIELO ANALGÉSICOS, Opióides: morfina, fentanil, sufentanil, alfentanil, remifentanil; ANALGÉSICOS, Não-opióides: paracetamol, dipirone, indometacina; ANESTÉSICOS: Local; DOR, Tratamento: não farmacológico, farmacológico; SEDAÇÃO: recém-nascido.
X8	2008	Jornal de Pediatria – 84(1): 35-40.	Luciana S. D. T. Elias1, Ruth Guinsburg2, Clóvis A. Peres3, Rita C. X. Balda4, Amelia M. N. dos Santos5 1. Médica. Doutoranda em Pediatria, Divisão de Neonatal, Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM), São Paulo, SP. 2. Professora titular, Divisão de Pediatria Neonatal, UNIFESP-EPM, São Paulo, SP. 3. Professor titular, Departamento de Epidemiologia, UNIFESP-EPM, São Paulo, SP. 4. Doutora. Médica, Divisão de	Discordância entre pais e profissionais de saúde quanto à intensidade da dor no recém-nascido criticamente doente.	SCIELO

			Pediatria Neonatal, UNIFESP-EPM, São Paulo, SP. 5. Doutora. Professora associada, Divisão de Pediatria Neonatal, UNIFESP-EPM, São Paulo, S		
X9	2006	REME – Rev. Min. Enf.; 10(2): 18-124.	Marlene das Dores Medeiros ¹ , Lélia Maria Madeira ² 1. Enfermeira da unidade de terapia intensiva neopediátrica do Hospital São João de Deus. Unidade Básica de Saúde da Prefeitura de Divinópolis. Especializanda em Enfermagem Hospitalar da Escola de Enfermagem UFMG. 2. Orientadora. Doutora em Enfermagem – Escola de Enfermagem UFMG. Membro da Comissão Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar. Enfermeira RT do Hospital Sofia Feldman.	Prevenção e tratamento da dor do recém-nascido em terapia intensiva neonatal.	Lilacs Dor; Recém-nascido; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Enfermagem Neonatal; Equipe de Enfermagem.
X10	2007	AÑO 7 - VOL. 7 N° 2 - CHÍA, COLOMBIA.	Aída Liliانا Villamil González 1, Mónica Marcela Ríos Gutiérrez 2, Mary Stella Bello Pacheco 3, Norma Clemencia López Soto 4, Isabel Cristina Pabón Sánchez 5, 1 Fundación Cardio Infantil, Instituto de Cardiología, Calle 163A No 28 - 60, Bogotá, Colombia, 2 Fundación	Valoración del dolor neonatal: una experiencia clínica.	Lilacs Dolor; dimensión del dolor; recién nacido.

			Hospital de La Misericordia, Av. Caracas No 1-13, Bogotá, Colombia, 3 Fundación Cardio Infantil, Instituto de Cardiología, Calle 163A No 28 - 60, Bogotá, Colombia, 4 Fundación Cardio Infantil, Instituto de Cardiología, Calle 163A No 28 - 60, Bogotá, Colombia, 5 Fundación Cardio Infantil, Instituto de Cardiología, Calle 163A No 28 - 60, Bogotá, Colombia.		
X11	2009	Rev. peru. pediatr; 62(1); tab. graf Artigo [LILACS ID: 559005] Idioma: Espanhol	Rivara Dávila, Gustavo; Huaipar Rodríguez, Sonia; Miyasato Higa, Debbie; Liu Bejarano, Cynthia; Briceño Clemens, Diego; Bucher Oliva, Andrea; De Noriega Madalengoita, Ximena; Viale Paez, Sandra; Pendavis Heksner, Patrick; García Corrochano Medina, Pamela; García Nores, Gabriela; Juárez Salcedo, Miguel; Iglesias Cárdenas, Fiorella; Medina Quiñones, Carmen; Herrera Tipacti, Carlos	Dolor agudo neonatal con estímulos dolorosos repetitivos, estudio randomizado o comparando tres métodos analgésicos farmacológicos.	Lilacs
X12	2006	Revista Brasileira de enfermagem.59(2):188-94.	Carmem Gracinda Silvan Scochi. Prof. Titular do Departamento de Enfermagem Materno Infantil em Saúde Pública(DEMISP) DA Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP(eerp-usp) Mariângela Callett. Enfermeira da Unidade de Cuidado	A dor na Unidade Neonatal sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem de um Hospital de Ribeirão Preto-SP.	Lilacs Dor;Recém-nascido: Enfermagem Pediátrica.

			<p>Intensivo Neonatal do Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.</p> <p>Bolsista de Iniciação Científica PET/CAPES 2003-2004</p> <p>Raquel Nunes</p> <p>Bolsista de Iniciação PET/CAPES 2003-2004</p> <p>Maria Cândida de Carvalho Furtado</p> <p>Enfermeira, Especialista em laboratório junto ao DEMICP.EENP-USP.</p> <p>Adriana Moraes Leite</p> <p>Prof. Doutor do DEMISP-EERNP-USP</p>		
X13	2010	REME – Rev. Min. Enferm.; 14(1): 11-18	<p>Roberta Meneses Oliveira¹</p> <p>Ana Valeska Siebra e Silva²</p> <p>Edna Maria Camelo Chaves³</p> <p>Nayane Coelho Sales⁴R</p>	<p>Avaliação comportamental e fisiológica da dor em recém-nascidos pelos profissionais de enfermagem.</p>	<p>Lilacs Recém-Nascido; Enfermagem Neonatal; Cuidados Intensivos</p>
X14	2006	Arq ARCH PEDIATRIC URUG;77(3): 250-256	<p>Giselle Ettlín 1, Ana Lain 2, Jhon Aldao 3, Raúl Bustos 4, 1. Pediatra. Neonatóloga. 2. Asistente del Departamento de Neonatología del Centro Hospitalario Pereira Rosell. 3. Prof. Adjunto del Departamento de Neonatología del Centro Hospitalario Pereira Rosell. 4. Prof. Director del Departamento de Neonatología del Centro Hospitalario</p>	<p>Eficácia da sacarose oral na analgesia para procedimentos dolorosos habituais em neonatal.</p>	<p>Lilacs SACAROSE-uso terapêutico, ANALGÉSIA, RÉCEM-NASCIDO</p>

			Pereira Rosell.		
X15	2008	Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde; 33(3): 146-50	Carla Marques Nicolau1, Kiliana Modesto1, Priscila Nunes1, Karina Araújo1, Heloisa Amaral1, Mário Cícero Falcão2 1 Serviço de Fisioterapia, Instituto da Criança, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP) 2 Disciplina de Neonatologia, Departamento de Pediatria da USP, São Paulo (SP).	Avaliação da dor no recém-nascido prematuro: parâmetros fisiológicos versus comportamentais.	Lilacs Recém-nascido; dor; avaliação da dor.
X16	2009	Rev. Eletr. Enf. [Internet]; 11(1):64-9.	Erica da Paixão Crescêncio1, Suzana Zanelato2, Lucila Coca Leventha3; 1 Monografia do Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein. 1 Especialização em enfermagem pediátrica pela Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE). Enfermeira da unidade neonatal do HIAE e Enfermeiro da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Instituto da Criança/Hosp. das Clínicas de São	Avaliação e alívio da dor no recém-nascido.	Lilacs Enfermagem pediátrica; Enfermeiros; Dor; Recém-nascido.

			<p>Paulo/SP.</p> <p>2 Especialização em enfermagem pediátrica pela Faculdade de Enfermagem do HIAE.III</p> <p>Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Enfermeira.</p> <p>3 Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Enfermeira.Mestre em enfermagem pela USP. Professora do Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem do HIAE</p>		
X17	2008	Arq Ciênc Saúde;15(1):9-12	<p>Ana Lúcia O. Guimarães 1;</p> <p>Maria Rita R. Vieira 2</p> <p>1 Acadêmica do 4º ano de Enfermagem*;</p> <p>2 Mestre e Doutoranda em Ciências da Saúde*. Curso de Graduação em Enfermagem*.</p> <p>*Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP</p>	<p>Conhecimento e atitudes da enfermagem de uma unidade neonatal em relação à dor no recém-nascido.</p>	<p>Lilacs</p> <p>Conhecimentos; Atitudes e Prática em Saúde; Enfermagem Neonatal; Recém-Nascido; Dor.</p>
X18	2008	R. Ci. md. biol., Salvador:7(2): 123-131	<p>Fernanda R. C. Falcão2</p> <p>Maria Alina B. Silva3</p> <p>1 Fisioterapia graduada pela Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSP</p> <p>2 Fisioterapeuta Especialista em</p>	<p>Contenção durante a aspiração traqueal em recém-nascidos.</p>	<p>Lilacs</p> <p>Contenção ; aspiração traqueal ; recém-nascido; UTIN; recém-nascidos.</p>

			UTI Adulto e Pediátrica		
X19	2009	Esc Anna Nery Rev Enferm; 13 (4): 726-32	Teresa Mônica da Silva1; Edna Maria Camelo Chaves2; Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso3; 1Enfermeira assistencial. Especialista em Enfermagem Neonatal. Brasil 2Enfermeira. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Doutoranda em Farmacologia/UFC. Membro do projeto de pesquisa Saúde do Binômio Mãe- Filho/UFC. Brasil 3Enfermeira. Doutora em enfermagem. Bolsista de Produtividade 2 CNPq. Profª. Adjunta do Departamento de Enfermagem /UFC. Coordenadora do Projeto de Pesquisa Saúde do Binômio Mãe-Filho/UFC. Brasil	Dor sofrida pelo recém- nascido durante a punção arterial.	SciELO Dor. Recém- nascido. Enfermagem. Neonatologia
X20	2008	Cienc Cuid Saude; 7(4):461-467	Fabricia Adriana Mazzo Neves1, Darci Aparecida Martins Corrêa2, 1Enfermeira da UTI Neonatal do Hospital Universitário de Maringá da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Especialista. 2Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da UEM.	Dor em recém- nascidos: a percepção da equipe de saúde.	Lilacs Dor. Recém- Nascido. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

X21	2010	Rev Bras Fisioter, São Carlos; 14(3): 214-20	Carine Vignochi1, Patrícia P. Teixeira2, Silvana S. Nader3, 1 Departamento de Fisioterapia, Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas (RS), Brasil 2 Departamento de Neonatologia, Hospital Universitário, ULBRA 3 Departamento de Pediatria, ULBRA	Efeitos da fisioterapia aquática na dor e no estado de sono e vigília de recém- nascidos pré-termo estáveis Internados em unidade de terapia intensiva neonatal.	Lilacs Fisioterapia aquática; pré- termo; neonatologia.
X22	2009	Rev Paul Pediatr: 27(2):160-7.	Rita de Cássia X. Balda1, Maria Fernanda B. Almeida2, Clóvis de Araújo Peres3, Ruth Guinsburg4 Brasil1Doutora em Medicina pelo Departamento de Pediatria da Unifesp-EPM; Médica Assistente da Disciplina de Pediatria Neonatal da Unifesp-EPM, São Paulo, SP, Brasil2Professora- associada da Disciplina de Pediatria Neonatal do Departamento de Pediatria da Unifesp-EPM, São Paulo, SP, Brasil3Professor Titular da Disciplina da Bioestatística do Departamento de Epidemiologia da Unifesp-EPM, São Paulo, SP, Brasil4Professora Titular da Disciplina de Pediatria Neonatal do Departamento de Pediatria da Unifesp-EPM, São Paulo, SP, Brasil.	Fatores que interferem no reconhecim ento por adultos da expressão facial de dor no recém- nascido.	SciELO Recém-nascido; dor; expressão facial.

X23	2010	Rev. Rene. Fortaleza:11(1): 125-132	<p>Raphaela Presbytero 1, Mércia Liseux Vaz da Costa 2, Regina Célia Sales Santos 3, 1 Enfermeira, especialista em saúde da criança, mestranda em enfermagem/ UNIFESP, vinculada a Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. 2 Enfermeira, especialista em neonatologia, vinculada a Universidade Federal de Alagoas. 3 Enfermeira, especialista em terapia intensiva, mestranda em enfermagem/UNIF ESP, vinculada a Universidade Federal de Alagoas.</p>	Os enfermeiros da unidade neonatal frente ao recém-nascido com dor.	Lilacs Recém-Nascido; Dor; Enfermagem Pediátrica; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal
X24	2006	Rev Bras Enferm ; 59(4): 538-42.	<p>Adriana Moraes Leite1, Thaila Corrêa Castral 2, Carmen Gracinda Silvan Scochi 3, 1 Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), Ribeirão Preto, SP. 2 Pós-graduanda do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP, Ribeirão Preto, SP. 3 Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da</p>	Pode a amamentação promover alívio da dor aguda em recém-nascidos?	Lilacs Recém-nascido; Dor; Aleitamento materno.

			EERP-USP, Ribeirão Preto, SP.		
X25	2008	Arch Argent Pediatr.; 106(5):392- 396	Dr. Germán Bonetto*, Lic. Enf. Estela Salvatico*, Enf. Prof. Natalia Varela*, Lic. Enf. Cristina Cometto*, Lic. Enf. Patricia F. Gómez* y Dr. Bernardo Calvo* * Servicio de Pediatría. Sanatorio Allende. Córdoba. Argentina	Prevenção del dolor en recién nacidos de término: estudio aleatorizado sobre tres métodos.	Lilacs Recién nacidos; analgesia; punción de talón; ambiente ambulatorio.
X26	2009	REME - Rev. Min. Enferm.;13(3): 321-326	Marialda Moreira Christoffel 1, Janice Machado da Cunha 2, Alexandra dos Santos Freitas de Sant Anna 3, Renata Rodrigues Garcia 3, 1 Enfermeira Especialista em Pediatria. Professora adjunta do Departamento Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Saúde da Criança/NUPESC/EEAN/UFRJ. 2 Enfermeira. Doutora em Saúde da Criança pelo IFF/FIOCRUZ. Professora adjunta do Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 3 Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da UERJ. Residentes HUPE.	Princípios éticos da equipe de enfermagem ao cuidar da dor recém-nascido* *Este artigo faz parte do projeto de pesquisa: Conhecimentos, atitudes e crenças da equipe de enfermagem sobre a dor do recém-nascido e da criança.	Lilacs Recém-nascido; Dor; Ética; Cuidados de Enfermagem; Direitos Humanos.

X27	2007	Rev Med (São Paulo) ;86(4):201-6.	<p>Fernando de Souza Nóbrega 1, Lígia Sakai 2, Vera Lúcia Jornada Krebs 3,</p> <p>1 Aluno do 4º ano do curso de graduação em Medicina da FMUSP.</p> <p>2 Aluna do 4º ano do curso de graduação em Medicina da FMUSP.</p> <p>3 Livre-docente do Depto. de Pediatria da FMUSP, Chefe do Berçário Anexo à Maternidade do HCFMUSP.</p>	<p>Procedimentos dolorosos e medidas de alívio em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.</p>	<p>Lilacs Recém-nascido; Dor; Analgesia.</p>
X28	2007	REME – Rev. Min. Enferm.; 11(3):238-241.	<p>Mariana Bueno 1, Andréia da Silva 2, 1 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela EEUSP. Membro do Comitê de Dor em Pediatria da SBED. Bolsista pelo CNPq do Núcleo de Apoio à Pesquisa Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.</p> <p>2 Enfermeira Clínica da Unidade Neonatal da Sociedade Hospital Samaritano-SP. Especialista em Enfermagem Neonatal.</p>	<p>Procedimentos dolorosos em recém-nascidos de baixo risco.</p>	<p>Lilacs Recém-Nascido; Enfermagem Neonatal</p>

Periódico	X7	X8	X9
OBJETIVO DO ESTUDO	a prevenção da dor, as medidas não-farmacológicas e farmacológicas para o seu tratamento e a sedação em recém-nascidos.	Verificar se pais e profissionais de saúde e que trabalham em unidades de terapia intensiva neonatal avaliam de maneira semelhante a presença e a magnitude da dor no recém-nascido (RN).	Propõe-se estudar aspectos da dor do neonato assistido em terapia intensiva identificando métodos de prevenção, tratamento farmacológico e não-farmacológico da dor do recém-

			nascido e assim contribuir para elaboração de protocolo da dor em terapia intensiva neonatal, o qual será utilizado pela equipe de enfermagem e demais profissionais.
AMOSTRA		52 RN e 154 adultos	
ABORDAGEM TEÓRICA			
ABORDAGEM METODOLÓGICA	Qualitativa.	Quantitativa.	Qualitativa.
RESULTADOS		O CCI mostrou discordância entre os três grupos de adultos quanto á avaliação da dor (CCI 0,066, concordância > 0,75). A análise de Bland-Altman mostrou que houve concordância entre os adultos quanto a ausência de dor no RN. Porém, quando os adultos achavam que a dor estava presente, houve heterogeneidade na avaliação da intensidade de dor neonatal. A análise de regressão múltipla indicou que apenas 10% desta heterogeneidade foi explicada pelo sexo e via de parto do RN.	Contribuir para a elaboração de protocolo da dor em terapia intensiva neonatal, o qual será utilizado pela equipe de enfermagem e demais profissionais.
PRINCIPAIS CONCLUSOES	A prevenção da dor e a indicação de analgesia devem ser individualizadas e sempre consideradas em todos os recém-nascidos portadores de doenças potencialmente dolorosas e/ou submetidos a procedimentos invasivos, cirúrgicos ou não.	A heterogeneidade na avaliação feita por adultos da intensidade da dor de RN é um marcador da dificuldade de se decidir a respeito da necessidade de analgesia em pacientes pré-verbais	É importante que os profissionais de saúde saibam das complicações a curto e longo prazo, a fim de serem sensibilizados para a prevenção e tratamento da dor neonatal. Mudanças simples e fáceis como mudanças de rotinas e condutas; treinar adequadamente a

			equipe multidisciplinar e principal/e de enfermagem que esta sempre com o RN, isso contribui p/ melhorar a qualidade de vida do RN, atendendo respectivamente a integralidade e da humanização da assistência.
--	--	--	--

Periódico	X10	X11	X12
OBJETIVO DO ESTUDO	Aplicar a escala de valores da intensidade da dor de Susan Givens.	Verificar que métodos analgésicos não farmacológicos são afetivos no estímulo doloroso repetitivos; determinar quais métodos são mais efetivos.	.Descrever a compreensão, a avaliação e o manejo da dor no RN sob cuidado intensivo
AMOSTRA	47 RN.	40 RN	16 profissionais enfermeiros
ABORDAGEM TEÓRICA			
ABORDAGEM METODOLOGICA	Quantitativa.	Quantitativa.	Qualitativa
RESULTADOS	Encontraram uma associação entre sinais fisiológicos e comportamentais da escala total.	Para ambas escalas o grupo B expressa menor dor nos três estímulos, com 97,5 por cento de sem dor vs 87,5 por cento (A) e 85 por cento (C) ($p<0.036$) na escala ABC, e 95 por cento vs 85 por cento (A) e 70 por cento (C) para a categoria sem dor com a categoria DAN ($p<0.022$)	Ineficaz o uso da escala NIPS na prática clínica.
PRINCIPAIS CONCLUSOES	Concluímos que a escala de Susan Givens é adequado para a avaliação da dor em recém-nascidos, e obteve probabilidade significativa de 95,7%.	A dextrose a 10% teve maior efeito analgésico comparados aos outros grupos. Os métodos não farmacológicos estudados aumentam a efetividade com estímulos dolorosos repetidos.	A instrumentalização através de acesso à literatura específica e cursos de capacitação sobre a temática otimizaram o manejo, contribuindo na melhoria da assistência e qualidade de vida do bebê. Em virtude do caráter subjetivo da dor, torna-se necessário a utilização do maior número de informações possíveis, e não apenas o uso de um único instrumento.

Periódico	X13	X14	X15
OBJETIVO DO ESTUDO	Conhecer os parâmetros fisiológicos e comportamentais utilizados pelos profissionais de enfermagem para avaliação da dor em neonatos.	Avaliar a eficácia da sacarose 24% por via enteral com sedativo analgésico.	Comparar as variáveis fisiológicas com as comportamentais para a avaliação da dor em recém-nascido (RN) prematuro.
AMOSTRA	180 profissionais (45 enfermeiros, 74 técnicos e 61 auxiliares de enfermagem)	82 recém-nascidos, sendo 40 receberam sacarose e 42 receberam água destilada.	Recém-nascidos de idade gestacional (IG) abaixo de 34 semanas e peso de nascimento menor que 1500 g, submetidos à ventilação mecânica e não sedados.
ABORDAGEM TEÓRICA			
ABORDAGEM METODOLOGICA	Quantitativa.	Quantitativo.	Quantitativa.
RESULTADOS	Alterações no choro (98,3%), na mímica facial (78,3%), no humor (55%) e nos movimentos corporais (33%). As alterações cardiovasculares e respiratórias foram as modificações fisiológicas mais citadas pelas profissionais (28,8% e 21,6%, respectivamente). As técnicas de enfermagem lembraram-se de citar essas alterações quase duas vezes mais que as auxiliares de enfermagem (40%).	Em relação ao desconforto, o efeito da analgesia foi estatisticamente significativo ($P=0,01$) diminuindo em uso de 36% com aqueles que receberam sacarose a 24%. Não foi claramente significativo (si bem que 30% maior tempo de choro que haviam planejados inicialmente em relação choro).	Foram estudados 50 RNs com IG média ao nascimento de $29,98 \pm 2,24$ semanas e peso médio de nascimento de $1087,20 \pm 350,06$ g, sendo 28 (56%) RN do sexo feminino e a doença das membranas hialinas foi diagnosticada em todos os RNs estudados. Pelo teste t-Student verificou-se diferença significativa na SatO ₂ nos momentos estudados, sendo o mesmo não observado em relação a FC e FR. A mediana da NIPS foi maior nos momentos pós aspiração. As variáveis fisiológicas mostraram-se pouco sensíveis à detecção da dor (FC: 40,7%, FR: 24,1%, SatO ₂ : 6,6%), e a escala NIPS mostrou-se mais específica para a mesma avaliação (86,6%).
PRINCIPAIS CONCLUSOES	A predominância da avaliação comportamental do neonato diante de procedimentos dolorosos, em detrimento da avaliação dos aspectos fisiológicos	Não há diferença em relação ao sexo e quanto ao tempo de choro, ao desconforto, as diferentes medidas realizadas.	As variáveis fisiológicas apresentaram pouca sensibilidade e especificidade para a avaliação da dor no RN prematuro, quando avaliadas isoladamente. A utilização simultânea de parâmetros fisiológicos e comportamentais sugere ser a

	relacionados, caracteriza um conhecimento pouco explorado na prática, que ainda não estabelece uma aproximação ou consonância com a literatura atual sobre o tema em questão		forma mais adequada para a detecção da dor em recém-nascidos prematuros
--	--	--	---

Periódico	X16	X17	X18
OBJETIVO DO ESTUDO	Identificar como os enfermeiros de unidade neonatal avaliam a dor no recém-nascido e quais as medidas realizadas por eles para alívio da dor.	Verificar o conhecimento da equipe de enfermagem em relação à dor no recém-nascido (RN) e aos cuidados desenvolvidos na assistência ao RN com dor.	Avaliar o efeito da manobra de contenção durante o procedimento de aspiração de secreção traqueal em RN.
AMOSTRA	32 enfermeiros	39 profissionais da equipe de enfermagem	13 RN
ABORDAGEM TEÓRICA			
ABORDAGEM METODOLÓGICA	Quantitativa.	Quantitativa.	Quantitativa.
RESULTADOS	Revelam que 100% (32) dos profissionais de saúde referiram acreditar que os recém-nascidos sentem dor. Os parâmetros mais utilizados pelos enfermeiros para avaliação da dor foram: expressão facial e o choro foram as mais citadas (20 citações, 23,2%), seguido de alteração de sinais vitais (10, 11,6%). Os métodos não farmacológico usados pelos enfermeiros para alívio da dor foram analgésico	A equipe conhece a dor no recém-nascido por meio das alterações comportamentais e fisiológicas; 79,5% e 20,5%, respectivamente. A escala de faces para detecção da dor no RN era usada por 76,9% e no que se refere às atitudes tomadas frente à dor pela equipe, 62% realizavam medidas farmacológicas e 38% não-farmacológicas para amenizar a dor no RN.	Apresentaram dor 23% dos RN contidos e 92% dos não contidos (p=0,0015).

	<p>antiinflamatório não-esteroidal (18, 45,0%), opióide potente (13, 32,5%) e sedativo (4, 10,0%).</p> <p>Os métodos não farmacológicos mais usados pelos enfermeiros para alívio da dor foram a mudança de decúbito (12, 19,1%), massagem local (11, 17,5%), sucção não nutritiva/ chupeta ou dedo enluvado (11, 17,5%) e o banho de imersão (9, 14,2%).</p>		
PRINCIPAIS CONCLUSOES	<p>Os enfermeiros avaliam a dor pela expressão facial e o choro. E utilizam analgésico antiinflamatório não-esteroidal, a mudança de decúbito, a massagem local e a sucção não nutritiva para alívio da dor.</p> <p>Sugerimos uma maior utilização dos métodos não-farmacológicos para o manejo da dor, pelos enfermeiros a fim de promover uma assistência humanizada ao cuidado neonatal.</p>	<p>A exposição repetida à dor no período neonatal pode inclusive aumentar a vulnerabilidade ao estresse e ansiedade na idade adulta.</p> <p>Está havendo uma mudança de pensamento em relação à analgesia. Os profissionais da saúde estão conscientes sobre a importância de se tratar a dor no período neonatal</p>	<p>O estudo demonstrou que a contenção de RN durante a aspiração traqueal promove estabilização clínica e redução da dor, minimizando complicações que podem ser causadas por esse procedimento.</p>
Periódico	X19	X20	X21
OBJETIVO DO ESTUDO	<p>Avaliar a intensidade da dor sofrida pelo recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, durante a coleta de sangue arterial, por intermédio da Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)</p>	<p>Conhecer a percepção da equipe de saúde sobre a dor em recém-nascidos, a forma como a mesma é reconhecida e as medidas tomadas para amenizá-la.</p>	<p>Avaliar os efeitos da fisioterapia aquática na dor e no ciclo de sono e vigília de bebês prematuros estáveis hospitalizados.</p>
AMOSTRA	24 recém-nascidos	36 profissionais de saúde.	12 recém-nascidos clinicamente estáveis com idade gestacional inferior a 36 semanas.

ABORDAGEM TEÓRICA			
ABORDAGEM METODOLÓGICA	Quantitativa.	Qualitativa.	Quantitativa.
RESULTADOS	A intensidade média da dor com água destilada foi 6,08; com glicose a 25% foi de 1,04.	Conceituando a dor; reconhecendo a dor e prevenindo e intervindo na dor.	Em relação aos estados de sono e vigília, antes da fisioterapia, os recém-nascidos apresentaram comportamentos que variaram entre totalmente acordados, com movimentos corporais vigorosos e choro. Após a fisioterapia, os estados de sono variaram entre sono leve com olhos fechados e algum movimento corporal. Esses valores apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$). O escore da escala de avaliação de dor também diminuiu de $5,38 \pm 0,91$ para $0,25 \pm 0,46$ com $p < 0,001$ após a intervenção. Os sinais vitais mantiveram-se estáveis.
PRINCIPAIS CONCLUSOES	A glicose a 25%, dois minutos antes do procedimento doloroso, permitiu ao recém-nascido ficar mais tranquilo e organizado durante o estímulo doloroso, e as alterações fisiológicas não variaram nos dois grupos, enquanto as comportamentais estão ligadas diretamente à intensidade da dor durante a realização dos procedimentos dolorosos.	Os profissionais de saúde envolvidos na pesquisa acreditam que os recém-nascidos sentem dor, porém encontram dificuldades no controle desta, havendo necessidade portanto de uma maior discussão, capacitação, treinamento e envolvimento, com estratégias que minimizem a dor do recém-nascido. Visando uma melhor qualidade de vida deste RN.	A fisioterapia aquática foi efetiva e segura para reduzir os sinais de dor e melhorar a qualidade do sono de bebês prematuros na UTI Neonatal, podendo, quando bem indicada, ser utilizada como um método não farmacológico para o alívio de dor e para a melhora da qualidade e do tempo de sono profundo, contribuindo com os princípios multidisciplinares de humanização em UTI Neonatal.

Periódico	X22	X23	X24
OBJETIVO DO ESTUDO	Avaliar quais fatores relacionados ao observador adulto interferem no reconhecimento da expressão facial de dor do recém-nascido a termo.	Verificar o conhecimento dos enfermeiros sobre a dor no recém-nascido, identificar quais as condutas realizadas pelos enfermeiros frente ao recém-nascido com dor e descrever como esses profissionais avaliam a dor no recém-nascido.	Identificar a eficácia da amamentação e dos aspectos que a congregam (contato, sucção, odor e leite) como medidas não-farmacológicas no alívio da dor aguda em recém-nascidos.

AMOSTRA	405 indivíduos (191 profissionais da área da saúde da criança e 214 pais/mães de recém-nascidos)	15 enfermeiras.	14 artigos analisados foram obtidos pelo Medline/PubMed.
ABORDAGEM TEÓRICA			
ABORDAGEM METODOLÓGICA	Quantitativa.	Quantitativa.	Quantitativa.
RESULTADOS	Presença ou ausência de parceiro fixo, o número de filhos, a renda familiar, a escolaridade e a profissão do observador dificultaram, em maior ou em menor grau, o reconhecimento da mímica facial de dor no neonato.	Conhecer o fenômeno da dor no recém-nascido, para que os profissionais de saúde possam promover ações que amenizem a dor, garantindo melhor qualidade de vida aos recém-nascidos.	Percebeu-se a eficácia da amamentação e dos aspectos que a congregam, no alívio da dor aguda.
PRINCIPAIS CONCLUSÕES	Diante da heterogeneidade dos fatores que interferem no reconhecimento da expressão facial de dor no recém-nascido por observadores adultos aqui encontrada, faz-se necessária a utilização rotineira de instrumentos objetivos para a avaliação sistemática da dor no período neonatal.	Verificou-se que todos os enfermeiros afirmam que os recém-nascidos sentem dor sendo esse sinal avaliado por meio de alterações fisiológicas e comportamentais, porém apenas um afirma uso de escalas multidimensional. Quando a dor é observada, realizam intervenções farmacológicas e não-farmacológicas.	Deve-se considerar a interação entre todos os componentes que estão contidos na amamentação. (frequência de sucção, condições de pega na mama materna, contato, odor e contenção), variáveis que podem interferir na eficácia de tal intervenção.

Periódico	X25	X26	X27
OBJETIVO DO ESTUDO	Avaliar se a glicose, paracetamol e EMLA, diminuem a dor em recém-nascido, provocada pela punção de veia em um ambiente ambulatorial.	Analisar a perspectiva ética utilizada pela equipe de enfermagem em sua prática cotidiana	Descrever os procedimentos dolorosos e as medidas de alívio em recém-nascidos internados em UTI neonatal.

AMOSTRA	76 recém - nascidos saudáveis e a termo.	8 integrantes (06 enfermeiros e 02 técnicos/aux. Enfer.)	52 neonatos admitidos em UTI
ABORDAGEM TEÓRICA			
ABORDAGEM METODOLÓGICA	Quantitativa..	Qualitativa.	Quantitativa.
RESULTADOS	<p>NIPS < 4: placebo (9/19= 47%), glicose (16/19= 84%), paracetamol (8/19= 42%) e EMLA (12/19= 63%).</p> <p>PIPP < 8: placebo (9/19= 47%), glicose (12/19= 63%), paracetamol (5/19= 26%) e EMLA (8/19= 42%). Com o uso de glicose oral, encontramos: RAR: 0,37 (IC 95%: 0,09-0,64), RRR: 44% (IC 95%: 6-67), NNT: 2,7 (IC 95% 1,5-11).</p>	<p>Categorias analíticas a beneficência, a não maleficência, a autonomia e a justiça</p>	<p>Foram realizados 1549 procedimentos dolorosos (média por paciente=30) e medidas de alívio foram tomadas em 56,7% destes. Os procedimentos mais frequentes foram venoclise (41,4%) e coleta de sangue (21,1%). Nestas situações foram usados analgésicos em cerca de metade dos casos.</p>
PRINCIPAIS CONCLUSÕES	<p>Com o uso da solução de glicose oralmente rendeu os melhores resultados. Apenas uma das escalas foi estatisticamente significativa.</p> <p>Com paracetamol e EMLA, não observamos diminuição da dor. Outros métodos devem ser considerados complementares e combinados com a glicose aliviar esta dorosa experiência de milhares de crianças diariamente.</p>	<p>Fragilidade no embasamento teórico/conceitual como forma de sistematizar o cuidado prestado ao recém-nascido que sente dor.</p>	<p>Os procedimentos dolorosos foram frequentes durante a internação, sendo as medidas de alívio insuficientes. Os medicamentos, principalmente dipirona e fentanil, foram a única forma de tratamento da dor. Sugerimos a ampliação do uso de medidas analgésicas em recém-nascidos no tratamento destes neonatos, destacando a importância da prevenção das repercussões tardias da dor experimentada nesta faixa etária. Medidas simples não medicamentosas, como o uso de solução glicosada por via oral ou leite materno, podem ser utilizadas como estratégia adicional.</p>

Periódico	X28		
OBJETIVO DO ESTUDO	Verificar e caracterizar procedimentos dolorosos realizados em RNs de baixo risco.		
AMOSTRA	156 prontuários.		
ABORDAGEM TEÓRICA			
ABORDAGEM METODOLÓGICA	Quantitativa.		
RESULTADOS	A média de procedimentos dolorosos durante a internação foi de 5,11, a mediana 4, o número máximo foi de 17 e o mínimo, 2. A média de procedimento/dia foi de 1,29.		
PRINCIPAIS CONCLUSÕES	Os RNs são submetidos a um elevado número de estimulações dolorosas durante sua internação e preservá-los dessas experiências deve ser uma preocupação da equipe de enfermagem. Para tanto, métodos não farmacológicos constituem um caminho promissor para o tratamento da dor resultante de procedimentos isolados e de baixa complexidade e merecem ser alvo de investigação.		

APÊNDICE B – AVALIAÇÃO DA DOR E MÉTODOS PARA SEU ALÍVIO

Avaliação da dor	Métodos para o alívio da dor
X1 - Avaliação da dor em neonatologia.	X3 - Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a "atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguru".
X2 - Avaliação da dor em RN prematuro durante a fisioterapia respiratória.	X4 - Cuidado ao desenvolvimento: intervenções de proteção ao desenvolvimento inicial de recém-nascidos pré-termo.
	X5 - Fatores relacionados ao uso de analgesia sistêmica em neonatologia.
X6 - Avaliação da dor como instrumento para o cuidar de recém-nascidos pré-termo	X7 - Sedação e Analgesia em Neonatologia.
X8 - Discordância entre pais e profissionais de saúde quanto à intensidade da dor no recém-nascido criticamente doente.	X9 - Prevenção e tratamento da dor do recém-nascido em terapia intensiva neonatal.
X10 - Valoración del dolor neonatal: una experiencia clínica.	X11 - Dolor agudo neonatal con estímulos dolorosos repetitivos, estudio randomizado comparando tres métodos analgésicos no farmacológicos.
X12 - A dor na Unidade Neonatal sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem de um Hospital de Ribeirão Preto-SP.	X14 - Eficácia da sacarose oral na analgesia para procedimentos dolorosos habituais em neonatal.
X13 - Avaliação comportamental e fisiológica da dor em recém-nascidos pelos profissionais de enfermagem.	X16 - Avaliação e alívio da dor no recém-nascido.
X15 - Avaliação da dor no recém-nascido prematuro: parâmetros fisiológicos versus comportamentais.	X17 - Conhecimento e atitudes da enfermagem de uma unidade neonatal em relação à dor no recém-nascido.
X26 - Princípios éticos da equipe de enfermagem ao cuidar da dor recém-nascido	X18 - Contenção durante a aspiração traqueal em recém-nascidos
	X19 - Dor sofrida pelo recém-nascido durante a punção arterial.
	X20 - Dor em recém-nascidos: a percepção da equipe de saúde.
	X21 - Efeitos da fisioterapia aquática na dor e no estado de sono e vigília de recém-nascidos pré-termo estáveis Internados em unidade de terapia intensiva neonatal.
	X22 - Fatores que interferem no reconhecimento por adultos da expressão facial de dor no recém-nascido.

	X23 - Os enfermeiros da unidade Neonatal frente ao recém-nascido com dor.
	X24 - Pode a amamentação promover alívio da dor aguda em recém-nascidos?
	X25 - Prevenção da dor em recém-nascido a término: estudo aleatório sobre três métodos.
	X27 - Procedimentos dolorosos e medidas de alívio em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
	X28 - Procedimentos dolorosos em recém-nascidos de baixo risco.

APÊNDICE C – FOTO REPRESENTANDO A ADAPTAÇÃO DO USO DA MALHA TUBULAR



Figura 3: Foto representando a adaptação do uso da malha tubular – contenção facilitada (abril de 2011).

APÊNDICE D - QUADRO DE ROTINAS DE PROCEDIMENTOS VS. MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS

USO DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS NO MANEJO DA DOR EM PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM RECÉM-NASCIDOS:

- Os procedimentos ao RN deveriam ser sempre em duas pessoas (pois isso já foi um ganho em fazer um cuidado humanizado);
- RN com menos de 1.000g fazer contenção, não dar glicose (nesta fase o RN tem dificuldade de sugar e ainda não tem reflexo de deglutição);
- Estimular e auxiliar pais na retirada do RN da incubadora, evitando a desorganização do RN;
- Quando score da dor (NIPS) >4 descrever a intervenção que foi utilizada e reavaliar após 30' registrando sempre o resultado.
- discutido no grupo que a enfermagem adota muitos cuidados no manejo da dor, mas acaba não registrando – LEMBRAR DE SEMPRE REGISTRAR NOSSO CUIDADO



Procedimentos:

Procedimento	Conduta
Punções arteriais/venosas (exames, teste do pezinho, PICC, acesso periférico):	-glicose 25% ou LMO 1ml (VO lento) 10'antes do procedimento; -contenção: -pele a pele (quando RN esta em condições para tal); -sucção nutritiva (quando a mãe esta na unidade e o RN pode ir ao SM) e não nutritiva (quando o RN não pode sugar em SM);
Punção lombar:	-EMLA 60 -90' antes do procedimento; -glicose 25% 1ml (VO LENTO) 10' antes do procedimento; -contenção
-CPAP:	- contenção; - Instilar 1 gt de SF 0,9% nas narinas antes de colorar a pronga; - proteção dupla para o nariz com hidrocolóide grosso em T e um do tipo facinho de porco (redondo com abertura dupla para a pronga). - Fixar adequadamente as traquéias, evitar que a pronga fique "dançando" - massagem no septo 1'a cada oito horas (evita lesão do septo)
- Aspiração TOT/VAS	- sempre em duas pessoas mesmo em sistema fechado - Proteção ocular (evitar queda de secreção); - Contenção; - Antes de aspirar certificar-se da medida do tubo.
Cateter umbilical:	-glicose 25% 1ml (VO) 10'antes do procedimento) lembrar que aqui normalmente são RNs com menos de um quilo. -sucção não nutritiva; -contenção
Fixação de SOG/SNG	- fixar tipo gatinho em duas pessoas - sempre proteger a pele c/ hidrocolóide fino

* Lembrar de após todos os procedimentos, oferecer consolo ao RN e facilitar sua re-organização.

APÊNDICE E - DECLARAÇÃO



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: “O manejo da dor em recém-nascidos: reflexões da equipe de enfermagem quanto a aplicação de métodos não farmacológicos”, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis,

____/____/____

Profº Felipe Felício

Diretor Geral HU/UFSC

APÊNDICE F – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ao assinar este documento, estou dando meu consentimento para participar da pesquisa conduzida pela Enfermeira Raquel Alves Cordeiro, aluna do Curso de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da Prof. Dr^a Roberta Costa.

Estou sendo orientada que participarei de uma pesquisa que irá refletir com os profissionais da equipe de enfermagem sobre o desconforto e a dor no recém-nascido internado na unidade de terapia intensiva neonatal. Esse estudo pretende colaborar na busca de um melhor atendimento prestado ao recém-nascido na UTI neonatal - minimizando o desconforto vivenciado durante a hospitalização, repercutindo em menores números de sequelas e melhor qualidade de vida para o recém-nascido e família.

Participarão da pesquisa os componentes da equipe de enfermagem que atuam na UTI neonatal.

Estou ciente que a pesquisadora coletará dados nos encontros e que a mesma somente utilizará as informações obtidas, para os propósitos da pesquisa.

Compreendo que serei convidado para participar dos grupos de reflexão, no local e horários que me forem mais favoráveis. Entendo ainda, que a pesquisadora poderá entrar em contato comigo para mais informações, futuramente.

Sei que os dados obtidos serão gravados e transcritos. O

anonimato dos participantes do estudo é garantido através da troca de seus nomes por pseudônimos no momento da transcrição dos dados coletados.

As informações obtidas neste estudo serão mantidas em anonimato e; em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados. Os dados serão guardados em local de acesso exclusivo da pesquisadora por um período de cinco anos e após serão destruídos.

Minha participação na pesquisa é voluntária e posso negar-me a participar da mesma, sem que isto acarrete qualquer efeito negativo à minha pessoa. Também estou consciente de que posso deixar de participar, em qualquer momento, se assim desejar.

Posso encontrar a pesquisadora, por telefone 048-32373455 ou através do e-mail raquel_hu@terra.com.br.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa, sem qualquer benefício financeiro, assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Florianópolis, ____ de _____ de 2011.

(nome e assinatura do sujeito da pesquisa)

Responsável pelo projeto: Raquel Alves Cordeiro
Endereço para contato: Servidão Arvoredo, 75- Campeche –
Florianópolis - SC.
Telefone para contato: 048-32373455
E-mail: raquel_hu@terra.com.br

APÊNDICE G – TERMO DE CESSÃO DE USO DE IMAGEM**TERMO DE CESSÃO DE USO DE IMAGEM**

Eu, _____
_____ estado _____ civil,
_____ portador da
carteira de identidade nº. _____, declaro, para os
devidos fins e efeitos legais, que cedo os direitos de uso da minha
imagem e do meu recém-nascido para inclusão no trabalho de
dissertação de mestrado de Raquel Alves Cordeiro, intitulado
“REFLEXÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O
DESCONFORTO E A DOR DO RECÉM-NASCIDO: UMA
PROPOSTA DE PROTOCOLO DE CUIDADO BASEADO NOS
MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS” podendo ser utilizada sem
restrições de prazos, desde a presente data.

Subscribo-me atentamente.

Florianópolis, ____/____/ 2012.

APÊNDICE H – PLANO DE ENSINO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO HUMANO E SOCIAL
DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO DE POTENCIALIZAÇÃO DE
PESSOAS
DIVISÃO DE CAPACITAÇÃO E AFASTAMENTO PARA FORMAÇÃO

PLANO DE ENSINO ATIVIDADE DE CAPACITAÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO DO MÓDULO DE CAPACITAÇÃO

1. **-Título do módulo:** O uso de métodos não farmacológicos no manejo da dor em recém-nascidos
2. **-Área de abrangência:** Equipe de saúde da unidade neonatal
3. **-Modalidade:** Presencial
4. **-Turma:** 01 e 02
5. **-Carga Horária:** 04 horas/turma
6. **-Período de Realização:** Turma 1 - 08/05/12;
Turma 2 - 16/05/12
7. **-Horário de Realização:** Turma 1: 08:00 às 12:00horas
Turma 2: 14:00 às 18:00 horas
8. **-Local de Realização:** Sala de aula pediatria ou gineco
9. **-Número de Participantes:** 30
10. **-Público-alvo:** Servidores que ocupam os cargos de Enfermeiro, Técnico e auxiliar de Enfermagem, neonatologistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos lotados no SERVIÇO DE NEONATOLOGIA do Hospital Universitário.

II- IDENTIFICAÇÃO DO(S) MINISTRANTE(S)

1. **-Nome:** Raquel Alves Cordeiro e Roberta Costa
2. **Telefone:** (48) 3721 8032
3. **Endereço Eletrônico:** raquel_hu@terra.com.br ou robertanfr@hotmail.com

III- COORDENADOR DO MÓDULO

1. **- Nome:** CEPEN/HU – Nádia Chiodelli Salum
2. **- Ramal Telefônico:** (48) 3721-9188

3. - **Endereço Eletrônico:** nchiodelli@gmail.com

IV- COMPETÊNCIA(S) A SER(EM) DESENVOLVIDA(S):

Desenvolver habilidades no manejo da dor no recém-nascido.

V- OBJETIVO DO MÓDULO: Capacitar servidores no manejo da dor do recém-nascido na unidade neonatal.

VI- EMENTA:

Avaliação da dor; repercussões da dor no recém-nascido; métodos não-farmacológicos no manejo da dor em recém-nascidos; manuseio mínimo; redução dos estímulos ambientais; a produção do conhecimento sobre o tema.

VII- MÉTODOS E TÉCNICAS:

Aula expositiva-dialogada

VIII- RECURSOS DIDÁTICOS A SEREM UTILIZADOS:

recursos áudio-visuais (data-show); metodologia ativa.

IX- ATIVIDADE PRÁTICA:

discussão em grupos

X- AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA:

Identificação de novos métodos não-farmacológicos, assim como padronização dos métodos já utilizados na unidade neonatal no manejo da dor.

XI- REFERÊNCIAS:

1. ALS, H. et al. Individualized behavioral and environmental care for the very low birth weight preterm infant at high risk for BPD: neonatal intensive care unit and developmental outcome. **Pediatrics**, December, 1986; 78(6): 1123-1132.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Cuidados com o recém-nascido de baixo peso. Módulo 1, In: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretária de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança, **Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Mãe-Canguru Manual Técnico**, Brasília, p. 18, 2002.

3. CHRISTOFFELI, M.M.; SANTOS, R.S. A dor no recém-nascido e na criança. **Rev. Bras. Enferm.** v. 54, n. 1, p. 27-33, 2001.
4. CRESCÊNCIO, E.P.; ZANELATO, S.; LEVENTHAL, L.C. Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. **Rev. Eletr. Enf.** v. 11, n. 1, p. 64-9, 2009.
5. DIAS, N.S.; GAIVA, M.A.M. A dor no recém-nascido: percepção de profissionais de saúde de um hospital universitário. **Rev. Paulista Enferm.**, v.21, n. 3, p.234-9, 2002.
6. FABRE-GRENET, M. Os Meios de Comunicação do Prematuro. In: Busnel MC, organizadora. **A Linguagem dos Bebês**. Sabemos Escutá-los? São Paulo: Editora Escuta; 1997.
7. FITZGERALD, M; BEGGS, S. The neurobiology of pain: developmental aspect. **Neurocientist**, v.7, n. 3, p. 246-257, 2001.
8. GAIVA, M.A.M.; DIAS, N.S. Dor no recém-nascido: percepção de profissionais de saúde de um hospital universitário. **Rev Paul Enfermagem.** v. 21, n. 3, p.234-9, 2002.
9. GASPARDO, C.M.; LINHARES, M.B.M.; MARTINEZ, F.E. A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. **J. Pediatr.** (Rio J.). v. 81, n. 6, p. 435-42, 2005.
10. GUINSBURG, R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. **Jornal de Pediatria.** (Rio J.). v. 75, n. 3, p.149-60, 1999.
11. GUINSBURG, R. **A linguagem da dor no recém-nascido**. Documento científico do departamento de neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria, acesso por www.sbp.com.br, 2003.

XII- PLANEJAMENTO DAS AULAS:

CRONOGRAMA			
DATA	HORÁRIO	CONTEÚDO	MINISTRANTE
08/05/12	08:00- 12:00	- Avaliação da dor; (uso da escala NIPS) - Repercussões da dor no recém-nascido; - Métodos não-farmacológicos no manejo da dor em recém-nascidos - Padronizando o cuidado prestado na unidade neonatal	Raquel A. Cordeiro Roberta Costa
16/05/12	14:00- 18:00	- Avaliação da dor; (uso da escala NIPS) - Repercussões da dor no recém-nascido; - Métodos não-farmacológicos no manejo da dor em recém-nascidos - Padronizando o cuidado prestado na unidade neonatal	Raquel A. Cordeiro Roberta Costa

ANEXOS

ANEXO A – NIPS: ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR

NIPS: Escala de avaliação de Dor

(Defini-se como dor para valores ≥ 4 pontos)

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

ANEXO B – CERTIFICADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pro-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 22-41

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0384 GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 22-41

FR: 462628

TÍTULO: MANEJO DA DOR EM RECÉM-NASCIDOS: REFLEXÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM QUANTO A APLICAÇÃO DE METODOS NÃO FARMACOLOGICOS

AUTOR: Roberta Costa, Raquel Alves Cordeiro

FLORIANÓPOLIS, 08 de Novembro de 2011.

Coordenador do CEPSh/UFSC