

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

RENATA SOUZA MARTINS

**PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE
ATUAM NAS UNIDADES NEONATAIS COM RELAÇÃO AO MANEJO DA DOR
NO RECÉM-NASCIDO**

UBERLÂNDIA

2010

RENATA SOUZA MARTINS

**PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE
ATUAM NAS UNIDADES NEONATAIS COM RELAÇÃO AO MANEJO DA DOR
NO RECÉM-NASCIDO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Linha de pesquisa: Afecções do neonato

Orientadora: Prof. Dra. Vânia Olivetti Steffen Abdallah

UBERLÂNDIA

2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

M386p Martins, Renata Souza, 1986-

Percepção e conhecimento dos profissionais de saúde que atuam nas unidades neonatais com relação ao manejo da dor no recém-nascido [manuscrito] / Renata Souza Martins. - 2010.
87 f.

Orientador:.Vânia Olivetti Steffen Abdallah.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Inclui bibliografia.

1.Dor em recém-nascidos - Teses. 2. Unidade de tratamento intensivo
- Teses. I. Abdallah, Vânia Olivetti Steffen. II. Universidade
Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde. III. Título.

CDU: 616.8-009.7- 053.31

RENATA SOUZA MARTINS

**PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE
ATUAM NAS UNIDADES NEONATAIS COM RELAÇÃO AO MANEJO DA DOR
NO RECÉM-NASCIDO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Linha de pesquisa: Afecções do neonato

Orientadora: Prof. Dra. Vânia Olivetti Steffen Abdallah

Uberlândia, 24 de maio de 2010

Banca Examinadora

Profª Drª Adriana Moraes Leite – USP (Ribeirão Preto)

Profª Drª Eliana Faria de Angelice Biffi –UFU

Profª Drª Nívea de Macedo Oliveira Morales –UFU

A minha querida mãe, **Cleire**, mulher forte, batalhadora, amiga e que sempre me incentivou nos estudos, fazendo meus sonhos possíveis de se tornar realidade. Meu carinho e todo o meu amor pra pessoa mais importante da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, por ter iluminado sempre meus passos, me guiando a cada nova conquista.

À querida Profª Drª Vânia Olivetti Steffen Abdallah, por ter acreditado na minha capacidade e me acolhido com tanto carinho e compreensão, me proporcionando tantos ensinamentos e me estimulando a aprender cada vez mais.

À Drª Daniela Marques Lima Mota Ferreira, que com toda a sua delicadeza, contribui a cada etapa desse trabalho, sempre disposta a ajudar e dividir seus conhecimentos.

À Profª Drª Ruth Guinsburg pelos conhecimentos compartilhados e por ter contribuído na elaboração do projeto dessa pesquisa.

Ao Prof. Dr. Rogério de Melo Costa Pinto, que contribui com a organização e análise estatística dos dados coletados, sempre tão receptivo e educado.

Às Professoras Drª Nívea de Macedo Oliveira Morales e Drª Eliane Faria de Angelice Biffi por participarem da banca de qualificação, com críticas construtivas que possibilitaram uma melhor elaboração do trabalho.

À Profª Sandra Diniz pela correção gramatical e ortográfica do trabalho.

Aos professores do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia que me proporcionaram os primeiros conhecimentos e oportunidades na área da saúde, fazendo com que eu me apaixonasse por minha profissão e pela arte do cuidar.

À Profª Lori Anisia Martins por ter me orientado no meu primeiro trabalho sobre a dor no recém-nascido, com tanto empenho e dedicação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e a todos os professores do curso que contribuíram para o meu crescimento na área de pesquisa e ensino.

Ao órgão CNPQ pela concessão da bolsa de estudos e pelo apoio financeiro, possibilitando o desenvolvimento dessa pesquisa.

Aos funcionários e amigos da UTI Neonatal, principalmente à enfermeira Maris Sueli Sousa Silva que me acolheu como uma filha e me deu a oportunidade de trabalhar com recém-nascidos.

Às equipes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) pela atenção e o interesse em participar dessa pesquisa.

Aos bebês internados nas unidades neonatais, que sofrem calados e que despertaram em mim um grande amor e interesse de que esse sofrimento fosse amenizado.

Aos amigos da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital de Clínicas de Uberlândia, em especial ao Prof. Dr. Miguel Tanús Jorge por ter sido a primeira pessoa a me ensinar como se faz uma pesquisa científica, sempre com tanto humor e competência.

À minha família, por saber o significado do mestrado para mim e entenderem meus momentos de ausência.

À minhas grandes amigas Vanessa, Lara, Daniela e Lorena que sempre torceram por mim e me incentivaram na realização de mais esse sonho.

Ao meu noivo Rafael, que sempre entendeu meus momentos de ausência e ansiedade e esteve ao meu lado com muito amor, me apoiando e desejando sempre a minha felicidade. Amo você!

Aos colegas de turma do mestrado por dividirem comigo ensinamentos, medos, incertezas, alegrias e momentos de descontração. Desejo a vocês muito sucesso nessa nova caminhada.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

*“O maior obstáculo – o medo
A raiz de todos os males – o egoísmo
A pior derrota – o desânimo
A maior satisfação – o dever cumprido.”*

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

MARTINS, Renata S. Percepção e conhecimento dos profissionais de saúde que atuam nas unidades neonatais com relação ao manejo da dor no recém-nascido. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2010.

As Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) neonatais são locais onde são realizados diversos procedimentos dolorosos nos recém-nascidos. Estes por sua vez expressam a sensação dolorosa por meio de alterações comportamentais e fisiológicas. As medidas para avaliar, prevenir e tratar a dor no recém-nascido ainda não são utilizadas de forma sistemática pelos profissionais de saúde que prestam cuidado ao neonato internado. Neste sentido, o objetivo desse trabalho foi avaliar como os profissionais médicos pediatras e de outras especialidades, enfermeiros e fisioterapeutas que atuam nas UTI neonatais compreendem a questão da dor e seu manejo. Tratou-se de estudo observacional, realizado por meio de uma pesquisa de campo transversal, com análise de dados coletados por meio de questionários com os profissionais que atuavam nas unidades neonatais. O universo potencial de entrevistados era de 137 profissionais, sendo 24 enfermeiras, 11 fisioterapeutas, 63 médicos pediatras e 39 médicos de outras especialidades. Foram entrevistados 120 profissionais, entre eles 22 (91,6%) enfermeiras, 11 (100%) fisioterapeutas, 56 (88,8%) médicos pediatras e 31 (79,4 %) médicos de outras especialidades. Entre os resultados encontrados, 100% dos entrevistados acreditavam que o recém-nascido sente dor. A maioria das enfermeiras, fisioterapeutas e pediatras referiu conhecer escalas de avaliação da dor, sendo a mímica facial o parâmetro de avaliação mais citado. Observou-se que os pediatras possuíam mais conhecimento das escalas de avaliação da dor do que os médicos de outras especialidades. A maioria dos entrevistados relatou o uso de medidas para prevenir e tratar a dor no neonato, sendo que as enfermeiras e fisioterapeutas preferiram as medidas não farmacológicas, enquanto os médicos relataram mais o uso de medidas farmacológicas, sendo o fentanil a medicação mais utilizada. Com relação à realização de medidas para tratar a dor durante a realização de procedimentos potencialmente dolorosos, as enfermeiras relataram utilizar medidas não farmacológicas para aliviar a dor ou solicitar a prescrição de medicações na maioria dos procedimentos, enquanto a minoria dos pediatras referiu o tratamento em procedimentos como punção venosa (46,4%), punção de calcanhar (33,9%) e punção lombar (41,1%). A maioria dos pediatras referiu a utilização de medidas farmacológicas em recém-nascidos em ventilação mecânica (96,4%), submetidos à dissecação venosa (89,3%), drenagem torácica (92,9%), no pós-operatório de cirurgia de neonato com necessidade de ventilação mecânica (98,2%) ou não (98,2%). Conclui-se diante dos resultados que os profissionais de saúde possuem conhecimento com relação ao manejo da dor no neonato, entretanto faz-se necessário a implementação de rotinas e protocolos nos serviços de neonatologia, assim como o treinamento e capacitação dos profissionais que trabalham nestas unidades, garantindo a aplicação na prática dos conhecimentos relacionados à prevenção, avaliação e tratamento da dor no período neonatal.

Palavras-chave: Dor. Recém-nascido. Profissionais de saúde. Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal

ABSTRACT

MARTINS, Renata S. Perception and knowledge of health professionals who work on neonatal units in relation to the management of the pain in the newborn. Dissertation (Master's degree) – Medical School, Uberlandia's Federal University, Uberlandia, 2010

The Neonatal Intensive Care Units (NICU) are places where several painful procedures are performed in the newborns. They express the painful sensation through behavioral and physiological changes. The measures to evaluate, prevent and treat the newborn pain have not yet been used in a systematic way by the health professionals who provide care to the newborn infants admitted. So, the purpose of this project was to evaluate how the pediatricians and other doctors, nurses and physical therapists who work on Neonatal Units, understand the issue of pain and its management. This was an observational study, accomplished through a cross-sectional field survey, with the analysis of data collected through questionnaires with professionals who worked in neonatal units. One hundred and thirty-seven (137) professionals were supposed to be interviewed. They were 24 nurses, 11 physical therapists, 63 pediatricians and 39 doctors from different areas. One hundred and twenty (120) professionals have been interviewed, among them 22 nurses (91,6%), 11 physical therapists (100%), 56 pediatricians (88,8%) and 31 doctors from different areas (79,5%). Among the results, 100% of the interviewed professionals believed that the newborn feels pain. The majority of nurses, physical therapists and pediatricians claimed to know some pain scales assessment, and mostly referred to facial mime as an evaluation parameter. It was observed that pediatricians were more aware of these pain scales assessments than the doctors from other areas. The majority of the interviewed professionals reported the use of measures to prevent and treat the pain in the neonate. The nurses and physical therapists preferred non-pharmacological measures; the doctors mostly reported the use of pharmacological measures and fentanyl was the most used medication. In relation to the accomplishment of measures to treat the pain during the potentially painful procedures, the nurses claimed to use non-pharmacological measures to ease the pain or to request a prescription of medication in most of the procedures, while the minority of pediatricians attributed treatment in procedures like venipuncture (46,4%), heel puncture (33,9%) and lumbar puncture (41,1%). The majority of pediatricians reported the use of pharmacological measures in newborns that had been under mechanical ventilation (96,4%), undergone venous dissection (89,3%), thoracic drainage (92,9%), and in the post-operative of neonate in need of mechanical ventilation (98,2%) or not (98,2%). With these results it is conclusive that the health professionals are aware of the management of the neonate pain. However it is necessary to implement routines and protocols in the neonatal services, as well as training to professionals who work in these units, making sure that the knowledge related to prevention, evaluation and treatment of the pain on the neonatal period will be used.

Keywords: Pain. Newborn. Health professionals. Neonatal Intensive Care Units

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	NIPS - Neonatal Infant Pain Scale (Escala de Avaliação de Dor) 19
Quadro 2 -	NFCS - Neonatal Facial Action Coding System (Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal).....19
Quadro 3 -	PIPP - Premature Infant Pain Profile (Perfil de Dor do Prematuro) 20
Quadro 4 -	CRIES - Crying, Requires O2 for Saturation above 90%, Increased Vital Signs, Expression and Sleeplessness (Escore para avaliação da Dor Pós-Operatória do Recém-Nascido) 21

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características demográficas das enfermeiras que atuam nas UTI neonatais dos Hospitais Universitários das Universidades Federais do Estado de Minas Gerais.....	35
Tabela 2 -	Conhecimentos e manejo da dor no recém-nascido, segundo as enfermeiras que atuam nas UTI neonatais dos Hospitais Universitários das Universidades Federais do Estado de Minas Gerais.....	37
Tabela 3 -	Uso de tratamento da dor em procedimentos dolorosos pelas enfermeiras das UTI neonatais dos Hospitais Universitários das Universidades Federais do Estado de Minas Gerais.....	39
Tabela 4 -	Características demográficas das fisioterapeutas que atuam nas UTI neonatais dos Hospitais Universitários das Universidades Federais do Estado de Minas Gerais.....	40
Tabela 5 -	Conhecimentos e manejo da dor no recém-nascido, segundo as fisioterapeutas que atuam nas UTI neonatais dos Hospitais Universitários das Universidades Federais do Estado de Minas Gerais.....	42
Tabela 6 -	Distribuição dos médicos de outras especialidades que atuam nas UTI neonatais dos Hospitais Universitários das Universidades Federais do Estado de Minas Gerais de acordo com a especialidade.....	44
Tabela 7 -	Características demográficas dos médicos pediatras e de outras especialidades que atuam nas UTI neonatais dos Hospitais Universitários das Universidades Federais do Estado de Minas Gerais.....	45

Tabela 8 -	Conhecimentos e manejo da dor no recém-nascido, segundo os médicos pediatras e de outras especialidades que atuam nas UTI neonatais dos Hospitais Universitários das Universidades Federais do Estado de Minas Gerais	47
Tabela 9 –	Medicamentos utilizados pelos pediatras e outros especialistas para o tratamento da dor nos recém-nascidos nas UTI neonatais dos Hospitais Universitários das Universidades Federais do Estado de Minas Gerais.....	50
Tabela 10 -	Uso de tratamento da dor em procedimentos dolorosos pelos pediatras das UTI neonatais dos Hospitais Universitários das Universidades Federais do Estado de Minas Gerais.....	51
Tabela 11 -	Causas referentes ao medo em prescrever morfina ou fentanil pelos pediatras das UTI neonatais dos Hospitais Universitários das Universidades Federais do Estado de Minas Gerais.....	52

LISTA DE SIGLAS

AINES – Antiinflamatórios não esteróides

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CRIES - Crying, Requires O₂ for Saturation above 90%, Increased Vital Signs, Expression and Sleeplessness

EMLA - Eutectic mixture of lidocaine and prilocaine

FC - Frequência cardíaca

FiO₂ - Fração inspirada de oxigênio

FR - Frequência respiratória

NFCS - Neonatal Facial Action Coding System

NIPS - Neonatal Infant Pain Scale

p – p valor

PA - Pressão arterial

PIPP - Premature Infant Pain Profile

r – Coeficiente de correlação de Spearmann

RN - Recém-nascido

SatO₂ - Saturação de oxigênio

SPSS - Statistical Package for the Social Science

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro

UFU - Universidade Federal de Uberlândia

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

VAS - Visual Analogic Scale

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 A dor no neonato.....	15
1.2 Métodos de avaliação.....	18
1.3 Intervenções para o manejo da dor.....	22
1.4 Conhecimento e manejo da dor no recém-nascido pelos profissionais de saúde.....	25
2 OBJETIVO.....	28
3 METODOLOGIA.....	29
3.1 Tipo de pesquisa.....	29
3.2 Local.....	29
3.3 Casuística.....	30
3.4 Instrumentos para a coleta de dados.....	30
3.5 Procedimentos para coleta de dados.....	33
3.6 Análise estatística.....	34
4 RESULTADOS.....	35
4.1 Enfermeiras.....	35
4.2 Fisioterapeutas.....	40
4.3 Médicos pediatras e de outras especialidades.....	44
5 DISCUSSÃO.....	54
6 CONCLUSÃO.....	64
REFERÊNCIAS.....	65
APÊNDICES.....	77
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	77
APÊNDICE B - Questionário para enfermeiros que atuam nas UTI neonatais.....	78
APÊNDICE C - Questionário para fisioterapeutas que atuam nas UTI neonatais.....	80
APÊNDICE D - Questionário para médicos pediatras que atuam nas UTI neonatais.....	82
APÊNDICE E - Questionário para médicos de outras especialidades que atuam nas UTI neonatais.....	84
ANEXO.....	86
ANEXO A - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia.....	86

1 INTRODUÇÃO

1.1 A dor no neonato

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor, “a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real, potencial ou descrita nos termos dessa lesão. A dor é sempre subjetiva” (MERSKEY et al., 1979). Em 2001, foi acrescentada a essa definição de dor a seguinte sentença: “[...] a inabilidade em comunicar de maneira nenhuma nega a possibilidade que um indivíduo esteja sentindo dor, e faz-se necessário o devido tratamento para o alívio dessa dor” (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR STUDY OF PAIN, 2001).

No ser humano a sensação dolorosa é, na maioria das vezes, expressa por gestos ou palavras. O adulto associa diversas palavras à dor, tais como: ai, ui, lateja, arde. Até mesmo crianças verbalizam a dor associando-a, em geral, ao objeto agressor. Porém, o fato do recém-nascido não verbalizar a dor que sente, não significa que não a sintam, mas sim que possuem formas diferentes de expressá-la, principalmente por alterações, tanto fisiológicas como comportamentais (GUINSBURG, 1999a).

Para Schmitz (2000), a dor é uma sensação vivida por todos, em proporções e frequência diferentes para cada um. Somente nos últimos 30 anos é que as pesquisas em saúde têm-se desenvolvido, no sentido de avaliar e tratar a dor no recém-nascido, pois, até então, imaginava-se que os bebês não sentissem dor devido à imaturidade neurológica, à falta de mielinização ou à ausência de memória da dor. Achava-se também que as vivências de uma fase tão precoce do desenvolvimento do ser humano não influenciassem em sua vida futura (SANDKUJLER, 2000; OKADA et al., 2001; LEE et al., 2005).

Do ponto de vista anatômico, antes mesmo do nascimento, o feto é capaz de perceber e processar estímulos. As terminações nervosas surgem na região perioral, já na sétima semana de gestação, seguindo para a face, palma das mãos e sola dos pés na 11ª semana de gestação e, para tronco e extremidades proximais, na 15ª semana. A conexão entre os neurônios sensoriais (periféricos) e o corno dorsal espinhal (central) inicia-se com doze semanas de gestação e está completa na 30ª semana. Entre a 20ª e a 24ª semana de gestação, os receptores sensoriais já estão presentes em todas as superfícies cutâneas e mucosas, mostrando-se completos para a percepção da dor. Na 35ª semana gestacional, a medula

espinhal, o tronco cerebral, as fibras talâmicas e as tálamo-corticais já apresentam grande avanço na mielinização (ANAND; HICKEY, 1987; FITZGERALD, 2005).

Na fase final do desenvolvimento fetal, as fibras nociceptivas mostram-se idênticas às do adulto (OKADA et al., 2001). No entanto, não podemos pensar que os bebês sintam dor da mesma maneira que os adultos, uma vez que os mecanismos estruturais de transdução, de transmissão, de modulação e de processamento superior desses pequenos são diferentes daqueles dos adultos. Nos neonatos prematuros, pode-se observar menor controle eferente de estímulos periféricos no sistema nervoso central; tal fato pode estar ligado à falta de maturidade do sistema supressor. Além disso, estímulos mecânicos não dolorosos, no entanto repetitivos, produzem sensibilidade no prematuro com menos de 32 semanas de gestação, diminuindo o limiar de atividade neural e hiper-excitabilidade da medula espinhal (FITZGERALD, 2005).

Nas últimas décadas, diversos estudos comprovam que o recém-nascido é neurologicamente capaz de sentir dor, mesmo se o seu nascimento ocorrer prematuramente, portanto, tanto nascidos a termo como a 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 (ANAND; HICKEY, 1987; CRAIG et al., 1993; GOLIANU et al., 2000).

Quando o recém-nascido é submetido a um procedimento doloroso, ocorrem diversas modificações, tanto de parâmetros físicos quanto de comportamentais (GUINSBURG, 1999b; GUINSBURG, 2006; MAIA, 2009).

Entre os indicativos fisiológicos da dor, os mais utilizados na prática clínica são frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, saturação de oxigênio, entre outros (GAIVA, 2001; GUINSBURG, 2006; OLIVEIRA, 2008). A resposta fisiológica tem sido avaliada exclusivamente como resposta à dor aguda e de curta duração, dificultando a sua aplicação nos outros tipos de dor. Embora tais parâmetros sejam objetivos e sensíveis para avaliar a dor na prática clínica, não são específicos. Podem-se observar alterações similares após um estímulo desagradável, seja ele doloroso ou não. Portanto, tais parâmetros não podem ser utilizados isoladamente para decidir se o recém-nascido está sentindo dor e se há necessidade de tratamento farmacológico (GUINSBURG, 2006).

Os sinais vitais como frequência cardíaca e respiratória e a pressão sanguínea, podem sofrer influência das variáveis, idade, comportamento e estado de saúde, assim como a saturação de oxigênio pode decair em função do estado comportamental do bebê e das condições do aparelho respiratório. Portanto, o profissional que avalia esse neonato deve estar

atento para tais diferenças no momento da avaliação (OLIVEIRA; TRISTÃO; TOMAZ, 2008).

Potter e Perry (2002) referem que, no início da dor aguda, a frequência cardíaca, a frequência respiratória e a pressão arterial aumentam e se a dor continuar sem alívio há sinais de exaustão física. Ocorre diminuição dos valores dos sinais vitais, o que indica uma reação parassimpática, além disso, há uma menor resposta aos estímulos do ambiente. Essas alterações provocam instabilidade clínica e prejudicam a recuperação do paciente.

Guinsburg (2000) descreve, ainda, que a estimulação dolorosa apresenta consequências clínicas e biológicas de grande relevância para o recém-nascido, que se destacam os distúrbios cognitivos durante o desenvolvimento. Além disso, a mesma autora relata que as experiências dolorosas persistentes podem desencadear hipoatividade, irritabilidade, diminuição do apetite ou recusa em se alimentar e alteração no padrão de sono, que interferem, desse modo, na interação mãe-filho.

Com relação à avaliação comportamental da dor, os parâmetros mais estudados são: resposta motora à dor, mímica facial, choro e padrão de sono e vigília (BALDA; GUINSBURG, 2004; WHALLEY; WONG, 2006). A resposta motora mais frequente que o recém-nascido apresenta diante de um estímulo doloroso é a rigidez do tórax e movimentos de flexão e extensão das extremidades; tal atitude demonstra ser uma resposta importante a se considerar em avaliações de dor, principalmente para o neonato prematuro ou para aquele que se encontra com o rosto coberto por equipamentos (LAWRENCE et al., 1993). Essa atividade motora deve ser analisada junto com as variáveis fisiológicas e comportamentais, já que os bebês muito prematuros movimentam-se menos, pela necessidade de poupar energia (GUINSBURG, 2001a; PEREIRA et al., 1999). Talvez a expressão facial seja a linguagem de dor mais perceptível e mais facilmente entendida, mas ela não traz informações a respeito da qualidade e intensidade da dor (GUINSBURG, 1999b).

A avaliação comportamental da dor falha pela falta de objetividade, dependendo da interpretação do observador acerca dos comportamentos avaliados. Apesar disso, as medidas comportamentais, quando comparadas às medidas fisiológicas, parecem ser uma resposta mais específica ao estímulo doloroso (BALDA; GUINSBURG, 2004).

1.2 Métodos de avaliação

A subjetividade da avaliação da dor expressa pelo recém-nascido gera uma grande dificuldade para elaborar um método único de avaliação e de fácil aplicação na clínica diária. Idealmente, os métodos de avaliação da dor no período neonatal devem ser válidos, seguros, confiáveis e úteis (PEREIRA et al., 1999). A criação de escalas uni ou multidimensionais para avaliar a dor de lactentes pré-verbais surgiu como tentativa de analisar de forma mais objetiva essas respostas, para que se pudesse intervir de maneira adequada e racional. Geralmente, as escalas avaliam medidas fisiológicas e comportamentais de forma isolada ou associada (CHERMONT et al., 2003; GHARAVI et al., 2007; CORREIA; LINHARES, 2008).

Para Chaves e Leão (2004), a utilização dessas escalas pode facilitar o diálogo e a compreensão, evitando descrições longas e confusas com relação à avaliação da dor, além de possibilitarem registros mais objetivos que permitem a avaliação da resposta do cliente à terapêutica.

Entre as várias escalas de dor descritas, as mais utilizadas na prática clínica são a Escala de Avaliação de Dor – *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS) (LAWRENCE, 1993), o Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal – *Neonatal Facial Action Coding System* (NFCS) (GRUNAU; CRAIG, 1987), o Perfil de Dor do Prematuro – *Premature Infant Pain Profile* (PIPP) (STEVENS et al., 1996) e o Escore para Avaliação da Dor Pós-Operatória do Recém-Nascido - *Crying, Requires O2 for Saturation above 90%, Increased Vital Signs, Expression and Sleeplessness* (CRIES) (KRESCHER; BILDNER 1995).

A NIPS é composta por seis indicadores de dor, cinco comportamentais e um fisiológico. São eles: expressão facial, choro, respiração, movimentação dos braços e das pernas e o estado de consciência. As avaliações são feitas antes, durante e após o procedimento invasivo. Essa escala tem-se mostrado útil para avaliar a dor em neonatos de qualquer idade gestacional, conseguindo diferenciar os estímulos dolorosos dos não dolorosos. Definem-se como dor, nessa escala, valores maiores ou iguais a quatro pontos (LAWRENCE, 1993). O Quadro 1 apresenta essa escala.

NIPS	0 ponto	1 ponto	2 pontos
<i>Expressão facial</i>	<i>Relaxada</i>	<i>Contraída</i>	-
<i>Choro</i>	<i>Ausente</i>	<i>“Resmungos”</i>	<i>Vigoroso</i>
<i>Respiração</i>	<i>Relaxada</i>	<i>Diferente do basal</i>	-
<i>Braços</i>	<i>Relaxados</i>	<i>Fletidos/Estendidos</i>	-
<i>Pernas</i>	<i>Relaxadas</i>	<i>Fletidos/Estendidas</i>	-
<i>Estado de consciência</i>	<i>Dormindo/Calmo</i>	<i>Desconfortável</i>	-

Quadro 1- NIPS (Escala de Avaliação de Dor)

Fonte: LAWRENCE J. et al. (1993).

A NFCS é uma escala unidimensional para analisar as expressões faciais do neonato frente à dor. Tal escala é adequada aos nascidos a termo e a pré-termo, sendo o escore máximo de oito pontos. Considera-se a presença de dor quando três ou mais movimentos faciais aparecem de maneira consistente durante a avaliação (GRUNAU; GRAIG, 1987) (Quadro 2).

Movimento Facial	0 ponto	1 ponto
<i>Fronte saliente</i>	<i>Ausente</i>	<i>Presente</i>
<i>Fenda palpebral estreitada</i>	<i>Ausente</i>	<i>Presente</i>
<i>Sulco naso-labial aprofundado</i>	<i>Ausente</i>	<i>Presente</i>
<i>Boca aberta</i>	<i>Ausente</i>	<i>Presente</i>
<i>Boca estirada (horizontal ou vertical)</i>	<i>Ausente</i>	<i>Presente</i>
<i>Língua tensa</i>	<i>Ausente</i>	<i>Presente</i>
<i>Protusão da língua</i>	<i>Ausente</i>	<i>Presente</i>
<i>Tremor de queixo</i>	<i>Ausente</i>	<i>Presente</i>

Quadro 2 - NFCS (Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal)

Fonte: GRUNAU; R. V. E.; CRAIG; K. D. (1987).

A PIPP foi desenvolvida por Stevens e colaboradores (1996), especialmente para avaliar a dor aguda de recém-nascidos prematuros. Ela valoriza o prematuro e leva em conta que ele pode expressar menos dor, sendo um instrumento útil, específico e sensível para a avaliação da dor aguda. Nessa escala, a pontuação varia de zero a 21. Escores menores ou iguais a seis indicam ausência de dor ou dor mínima, escores superiores a doze indicam a presença de dor moderada a intensa (Quadro 3).

	Indicadores	0	1	2	3
	<i>IG (sem.)</i>	≥ 36	32 – 35s 6/7	28 – 31s 6/7	< 28
<i>Observar RN 15 seg. Anotar FC / Sat O₂ basais.</i>	<i>Estado de alerta</i>	<i>Ativo</i>	<i>quieto</i>	<i>ativo</i>	<i>quieto</i>
		<i>Acordado</i>	<i>acordado</i>	<i>Dormindo</i>	<i>Dormindo</i>
		<i>olho aberto movimentos faciais+</i>	<i>olho aberto sem mímica facial</i>	<i>olho fechado movimentos faciais +</i>	<i>olho fechado sem mímica facial</i>
<i>Observar RN 30 seg.</i>	<i>FC Máxima</i>	$\uparrow 0 - 4 \text{ bpm}$	$\uparrow 5 - 14 \text{ bpm}$	$\uparrow 15 - 24 \text{ bpm}$	$\uparrow \geq 25 \text{ bpm}$
	<i>SO₂ Mínima</i>	$\downarrow 0 - 2,4 \%$	$\downarrow 2,5 - 4,9 \%$	$\downarrow 5 - 7,4 \%$	$\downarrow \geq 7,5 \%$
	<i>Testa franzida</i>	<i>Ausente</i>	<i>mínimo</i>	<i>moderado</i>	<i>máxima</i>
	<i>Olhos espremidos</i>	<i>Ausente</i>	<i>mínimo</i>	<i>moderado</i>	<i>máxima</i>
	<i>Sulco nasolabial</i>	<i>Ausente</i>	<i>mínimo</i>	<i>moderado</i>	<i>máxima</i>

Quadro 3 - PIPP (Perfil de Dor do Prematuro)

Fonte: STEVENS B. et al. (1996).

A CRIES foi desenvolvida por Krechel e Bildner (1995) para avaliar a dor no pós-operatório de recém-nascidos a termo e a pré-termo, com idade gestacional entre 32 e 60 semanas. Se a pontuação for maior do que 5, sugere-se a administração de medicações para o alívio da dor. É uma escala prática, entretanto a sua validade ainda não está bem estabelecida. Além disso, deve-se lembrar que existem ressalvas quanto à avaliação do choro em pacientes intubados e que a análise da mímica facial é bastante grosseira, com o emprego desse instrumento (GUINSBURG, 1999b). (Quadro 4)

CRIES	0	1	2
<i>Choro</i>	<i>ausente</i>	<i>alta tonalidade</i>	<i>Inconsolável</i>
<i>FiO2 para SatO2 > 95%</i>	<i>0,21</i>	<i>0,21-0,30</i>	<i>>30%</i>
<i>Aumento da FC e da PA</i>	<i>sem aumento</i>	<i>até 20% de aumento</i>	<i>mais de 20% de aumento</i>
<i>Expressão facial</i>	<i>normal, relaxada</i>	<i>caretas eventuais</i>	<i>Contraída</i>
<i>Sono na última hora</i>	<i>normal</i>	<i>intervalos curtos</i>	<i>Ausente</i>

Quadro 4 - CRIES (Escore para avaliação da Dor Pós- Operatória do Recém-Nascido)

Fonte: KRESHEL, S. W.; BILDNER, J. (1995).

De acordo com alguns estudos, o uso dessas escalas na prática clínica tem sido satisfatório (DUHN; MEDVEZ, 2004). Entretanto, essas escalas ainda não foram implementadas rotineiramente nas UTI neonatais. Em estudo cujo intuito foi avaliar a implementação da escala NIPS na prática de uma unidade neonatal, houve boa aceitação por parte dos profissionais de saúde que a utilizaram, além de ter sido considerada um método útil e de fácil aplicação (GALLO, 2003). Oliveira (2008), em estudo realizado com o objetivo de validar escalas comportamentais e parâmetros fisiológicos (frequência cardíaca e saturação de oxigênio) de avaliação de dor em bebês pré-termos, com e sem sedoanalgesia, utilizando as escalas NFCS, NIPS e VAS (Escala visual analógica), concluiu que tais escalas e os parâmetros fisiológicos demonstraram confiabilidade na avaliação da dor nesses bebês.

Chermont e colaboradores (2003) realizou um estudo transversal com 104 pediatras que trabalhavam em sete unidades de terapia intensiva e em quatorze berçários da cidade de Belém, relatando que todos os médicos entrevistados acreditavam que o recém-nascido sente dor, mas apenas 34% disseram conhecer alguma escala para avaliação da dor no recém-nascido, sendo a NFCS a mais citada.

A equipe de saúde deve estar apta a reconhecer as respostas comportamentais e fisiológicas que o recém-nascido apresenta frente ao estímulo doloroso, pois, com base na interpretação dessas respostas, os profissionais podem aprimorar a avaliação e o tratamento da dor nos bebês, com o intuito de melhorar a sua sobrevivência e minimizar o estresse e a sensação dolorosa no ambiente das unidades neonatais (HOWARD; THURBER, 1998; HOLSTI et al. 2005).

1.3 Intervenções para o manejo da dor

O contexto em que o neonato criticamente doente se encontra e no qual os procedimentos para que ele se mantenha vivo ocorrem é um local estressante, onde há luzes fortes, barulhos contínuos, mudanças de temperatura, procedimentos frequentes e interrupção do sono. Junto com a dor, essa somatória de estímulos nocivos pode levar a desordens na maturação de suas funções cerebrais, o que resulta em desorganização fisiológica e comportamental, com uso das reservas de energia que poderiam ser direcionadas para o seu crescimento e desenvolvimento (GRUNAU; HOLSTI; PETERS, 2006).

Os neonatos internados na UTI neonatal estão sujeitos a vários procedimentos invasivos como parte da rotina para investigação e tratamento. Calcula-se que cada recém-nascido internado em UTI neonatal receba cerca de 50 a 150 procedimentos potencialmente dolorosos ao dia (GUINSBURG, 1999b). Barker e Rutter (1995) registraram que 56% dos procedimentos dolorosos em UTI neonatal correspondem às coletas de sangue, 26% aspiração endotraqueal, 8% inserção de cateter intravenoso. Além disso, os procedimentos são realizados nesses bebês em horários pré-determinados, não respeitando horários de descanso ou sono, e nem mesmo se avalia se eles toleram tais atitudes e procedimentos (SILVA, 2002). No processo de manejo efetivo da dor no recém-nascido, devem ser incluídas medidas de prevenção, alívio e tratamento da dor, garantindo ao neonato doente, uma internação menos traumática, minimizando sua dor e sofrimento (GUINSBURG, 1999b; WHALEY; WONG, 2006; OLIVEIRA, 2008; MAIA, 2009).

Segundo consenso realizado em 2001 por Anand e colaboradores, o manejo da dor deve ser considerado componente importante na assistência prestada aos recém-nascidos, independente da sua idade gestacional ou gravidade da doença (ANAND; DPHILL; INTERNATIONAL EVIDENCE-BASED GROUP FOR NEONATAL PAIN, 2001).

Estudo realizado pela Academia Americana de Pediatria e pela Sociedade Canadense de Pediatria (2006), mostrou que a prevenção da dor nos neonatos deve ser realizada por todos os profissionais de saúde uma vez que as exposições dolorosas repetidas podem levar a conseqüências deletérias ao desenvolvimento neurológico dos neonatos. Além disso, devem ser utilizadas estratégias para a execução de um programa eficaz de prevenção da dor nos recém-nascidos, incluindo estratégias de avaliação rotineira da dor, diminuição do número de procedimentos dolorosos e utilização de medidas farmacológicas e não-farmacológicas.

Para prevenir a dor, é importante minimizar as agressões sofridas pelo recém-nascido durante a sua internação na UTI neonatal, controlar a incidência de luz forte sobre a criança, diminuir o ruído à sua volta e racionalizar a manipulação do paciente, de forma que os cuidados apropriados sejam realizados, mas que se preservem períodos livres para o sono. É importante também diminuir a quantidade de esparadrapo e de outras fitas adesivas, colocadas no bebê para fixação de acessos venosos, arteriais, da cânula traqueal, de drenos torácicos, entre outros, e utilização de protocolos de manuseio mínimo (GUINSBURG, 1999b; TAMEZ; SILVA, 2006; MACHADO; BARBOSA; SILVA, 2006).

O objetivo principal no manejo da dor no recém-nascido é a utilização de intervenções que venham a minimizar a intensidade e a duração da dor, ajudando o paciente a recuperar-se dessa experiência estressante. Tanto medidas não-farmacológicas quanto farmacológicas podem ser utilizadas para aliviar ou tratar a dor no recém-nascido. Entretanto faz-se necessário avaliar a dor no bebê certificando-se da efetividade do tratamento realizado após administrados 15 a 30 minutos de intervenção (TAMEZ; SILVA, 2006).

Estudos mostram que dores intensas devem ser tratadas por meio de agentes farmacológicos, enquanto nas menos intensas e nos procedimentos estressantes devem ser utilizadas medidas não-farmacológicas (STEVENS, GIBBINS, FRANCK, 2000).

Entre as medidas não farmacológicas, podem ser utilizadas medidas ambientais, posicionamento do recém-nascido, sucção não-nutritiva, glicose oral, amamentação, contato pele a pele, entre outras (GUINSBURG, 1999b; GAIVA, 2001; SARAIVA, 2004; ZACONETA, 2005; GASPARD, 2006; MACHADO; BARBOSA; SILVA, 2006; TAMEZ; SILVA, 2006; SOUSA et al., 2006; LEITE; CASTRAL; SCOCHI, 2006; VIVANCOS, 2008; RAZEK, EL-DEIN, 2009).

A diminuição da estimulação ambiental, como iluminação, ruídos, manuseio mínimo, distração com música suave e calma são medidas ambientais que podem ser utilizadas nas unidades (TAMEZ; SILVA, 2006). Além disso, a aplicação de massagem, o balanceio e o uso de colchões, ou enrolamento do bebê em cobertas, mantendo as extremidades flexionadas, parecem efetivos para modular o estado de alerta do neonato e diminuir o estresse, mas não parecem possuir uma atividade analgésica (GUINSBURG, 2001b; CARBAJAL, 2005).

Apesar de o uso da chupeta na UTI neonatal ser controverso, por estar associado ao desestímulo ao aleitamento materno (SOARES, et al., 2003), a sucção não-nutritiva, em pacientes pré-termos e muito manipulados, parece ser efetiva na diminuição da dor em pequenos procedimentos (GUINSBURG, 1999b). O uso de tal medida diminui também a

mímica facial, o choro e a movimentação corporal de bebê enquanto submetido a um procedimento doloroso (BRASIL, 2002).

Estudos realizados nos últimos anos têm discutido a utilização da glicose como medida analgésica (BLASS; HOFFEMEYER, 1991; BLASS; WATTS, 1999; ACHARYA et al., 2004; JOHNSTON et al., 2004; GASPARD; LINHARES; MARTINEZ, 2005). Estudos com recém-nascidos a termo e a pré-termo mostram que o uso de soluções adocicadas, durante a coleta de sangue ou durante a circuncisão, diminuem o tempo do choro, minimizam as expressões faciais e reduzem as alterações fisiológicas frente à dor, quando comparadas à água destilada e à sucção não-nutritiva (GUINSBURG, 2001b; STEVENS; YAMADA; OHLSSON, 2004; CARBAJAL, 2005; TADDIO et al., 2008).

O contato físico entre mãe e filho durante procedimentos dolorosos tem-se mostrado eficaz para diminuir a dor do recém-nascido, quando se estuda a mímica fácil de dor e o choro, especialmente após punções capilares (BALDA; GUINSBURG, 2004).

Estudo realizado por Castral e colaboradores (2008), com o objetivo de analisar a efetividade do contato entre mãe e filho durante a punção de calcanhar, constatou que o contato pele a pele reduziu as medidas comportamentais e fisiológicas dos recém-nascidos durante o procedimento. Além disso, outra medida, como a amamentação, mostrou-se efetiva na diminuição do choro em crianças submetidas a vacinação (RAZEK; EL-DEIN, 2009).

Com relação às medidas farmacológicas, o uso de analgésicos deve ser considerado em todos aqueles recém-nascidos portadores de doenças potencialmente dolorosas e/ou submetidos a procedimentos invasivos. Entre as principais indicações de analgesia, estão: pacientes com enterocolite necrosante, portadores de tocotraumatismos, procedimentos dolorosos, como drenagem torácica, entubação traqueal eletiva, ventilação mecânica, inserção de cateteres, punção liquórica, múltiplas punções arteriais, venosas e/ou capilares, procedimentos cirúrgicos de grande porte e qualquer neonato gravemente enfermo (BALDA; GUINSBURG, 2004).

Diversos são os medicamentos disponíveis para o alívio da dor no período neonatal, entre eles, os mais utilizados na prática clínica são:

Analgésicos não-opioides: os anti-inflamatórios não-hormonais são os principais medicamentos desse grupo, atuando por meio da inibição das prostaglandinas e do tromboxane, liberados durante a agressão tecidual. São indicados em processos dolorosos leves a moderados e/ou associados a um processo inflamatório. Os representantes dessa classe mais utilizados são o paracetamol e a dipirona (GUINSBURG, 1999b; GAIVA, 2001; SILVA et al., 2007).

Analgésicos opioides: são os mais utilizados na prática clínica das unidades neonatais. Podem causar depressão respiratória, íleo paralítico, sedação, retenção urinária, náuseas, vômitos e dependência física. Os mais utilizados são a morfina e o fentanil (SILVA et al., 2007).

Anestésicos locais: O uso de anestésicos tópicos pode ser um importante recurso para minimizar a dor durante um procedimento diagnóstico ou terapêutico. Entre os anestésicos utilizados, a mistura eutética de prilocaína e lidocaína (EMLA) pode produzir anestesia em pele intacta. Já a lidocaína é recomendada para infiltração local durante punção liquórica, inserção de cateter central, drenagem torácica e, eventualmente, em punções arteriais (BALDA; GUINSBURG, 2004; SILVA et al., 2007).

Sedativos: são agentes farmacológicos que diminuem a atividade, a ansiedade e a agitação do paciente, podendo levar à amnésia de eventos dolorosos ou não dolorosos, entretanto não reduzem a dor. São indicados para a realização de procedimentos diagnósticos que requerem que o bebê não se movimente. Entre os sedativos disponíveis, destacam-se o hidrato de cloral, os barbitúricos e os diazepínicos (TAMEZ; SILVA, 2006; SILVA et al., 2007).

1.4 Conhecimento e manejo da dor no recém-nascido pelos profissionais de saúde

A instituição do tratamento da dor no RN ainda não é rotineiramente utilizada nas unidades neonatais (PORTER et al. 1997; CASTRO et al., 2003; PRESTES et al., 2005, MAIA, 2009). Muitos profissionais responsáveis pela atenção aos neonatos não acreditam que esses pequenos pacientes sejam capazes de sentir dor, outros não sabem como avaliá-la, além de não possuírem conhecimento das formas de tratamento da dor nessa faixa etária (CASTRO et al., 2003; STEVENS; YAMADA; OHLSSON, 2004; BERGQVIST et al., 2007). De forma geral, os profissionais de saúde não têm, em sua formação, preparo suficiente para o reconhecimento e o alívio da dor no recém-nascido (DUNCAN; ZURICK; WOLF, 2001). Além disso, o medo do uso de analgésicos e o desconhecimento de seus efeitos no período neonatal levam à sua subutilização (PRESTES et al. 2005; OLIVEIRA, 2008). Mesmo medidas simples, que poderiam minimizar a dor, muitas vezes não são estabelecidas por falta de conhecimento da importância desse ato, como também pela falta de entrosamento entre os profissionais responsáveis pelo atendimento do neonato (PORTER et al., 1997).

Porter e colaboradores (1997) estudaram as atitudes de 374 profissionais de saúde (médicos e enfermeiras) frente à dor, relatando que 90% dos entrevistados acreditavam que recém-nascidos sentem tanto ou mais dor do que adultos. Nove entre doze procedimentos foram relatados por esse grupo de profissionais como muito ou moderadamente dolorosos. No entanto, medidas farmacológicas ou ambientais não foram aplicadas durante ou após diversos procedimentos considerados muito dolorosos, entre eles, circuncisão e drenagem torácica. Além disso, observaram-se discordâncias entre as opiniões dos entrevistados, as enfermeiras atribuíram as falhas no tratamento da dor aos médicos, alegando que suas prescrições farmacológicas eram inadequadas; esses, por sua vez, atribuíram as falhas à equipe de enfermagem, embora ambos tenham reconhecido suas deficiências.

Vale ainda ressaltar a discordância das diversas equipes profissionais que atendem o neonato criticamente doente no tocante ao manejo da dor. Os médicos, em geral, tendem a utilizar medidas para a avaliação da dor consideradas mais objetivas, como a frequência cardíaca e respiratória, a saturação de oxigênio e a pressão arterial, que são capazes de mensurar o fenômeno doloroso de forma pontual, ficando a avaliação comportamental sob responsabilidade da equipe de enfermagem. Tais atitudes podem acontecer em decorrência das diferenças na formação clínica e na atuação de cada profissional junto ao paciente (FRANCK, 1989).

O recém-nascido internado em uma unidade de cuidados intensivos depende da sensibilidade, da capacidade de percepção e dos conhecimentos dos profissionais de saúde para que a sua dor seja reconhecida e tratada (CHERMONT, 2001; BREAU et al., 2006).

É importante ainda notar que os estudos encontrados na literatura, com o objetivo de descrever e analisar o conhecimento e as atitudes dos profissionais de saúde quanto à avaliação e o tratamento da dor incluíram em suas amostras tanto profissionais de nível superior (PORTER et al., 1997; CHERMONT et al., 2003; SCOCHI et al., 2006; GUIMARÃES, VIEIRA, 2008), quanto de nível médio (ROCHA et al., 2005) que trabalhavam diretamente em unidades neonatais.

A dificuldade para reconhecer e avaliar a dor no período neonatal constitui um dos maiores obstáculos ao seu tratamento adequado nas UTI neonatais. A falta de conhecimento a respeito das escalas utilizadas para avaliar a dor, das medidas não-farmacológicas eficazes para a diminuição da sensação dolorosa, das indicações para uso de analgésicos e de seus efeitos colaterais nessa faixa etária contribui para essa realidade. A decisão a respeito da necessidade de intervenção terapêutica nos neonatos varia de acordo com o método escolhido

para a observação da dor e das diferentes interpretações pessoais dos profissionais envolvidos na avaliação clínica da presença e da intensidade da dor no neonato (TAMEZ; SILVA, 2006).

Nesse sentido, este estudo pretende avaliar como a dor no paciente neonatal é avaliada e tratada pelos profissionais de saúde de nível superior que atuam diretamente na assistência ao recém-nascido criticamente doente, como médicos, enfermeiros e fisioterapeutas e também os médicos de outras especialidades que prestam interconsultas nas unidades neonatais.

2 OBJETIVO

Avaliar como os profissionais médicos pediatras, enfermeiros e fisioterapeutas que atuam nas UTI neonatais e médicos de outras especialidades, que prestam interconsultas nestas unidades, compreendem a questão da dor e seu manejo no recém-nascido.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de estudo observacional, realizado por meio de uma pesquisa de campo transversal, com análise de dados coletados de médicos pediatras, enfermeiros e fisioterapeutas que prestam assistência direta a neonatos criticamente doentes e dados de médicos de outras especialidades que prestam interconsultas nas UTI neonatais dos Hospitais Universitários das Universidades Federais do Estado de Minas Gerais.

Segundo Mineo e colaboradores (2005), estudos observacionais são aqueles em que a natureza se encarrega de ditar-lhes o curso, o investigador mensura os fenômenos que observa, mas não intervém neles. No estudo transversal, as informações são obtidas de uma amostra da população, em um ponto ou em um espaço de tempo, por entrevistas ou exame clínico.

O protocolo do presente estudo seguiu as diretrizes e normas de pesquisa em seres humanos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (ANEXO A).

3.2 Local

A pesquisa foi realizada em todas as UTI neonatais dos Hospitais Universitários das Universidades Federais do Estado de Minas Gerais:

- Universidade Federal de Uberlândia (UFU) em Uberlândia;
- Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) em Uberaba;
- Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em Belo Horizonte.

3.3 Casuística

O universo potencial de entrevistados era de 137 profissionais, sendo 24 enfermeiras, onze fisioterapeutas, 63 médicos pediatras e 39 médicos de outras especialidades. Foram entrevistados 120 profissionais, entre eles 22 (91,6%) enfermeiras, onze (100%) fisioterapeutas, 56 (88,8%) médicos pediatras e 31 (79,4%) médicos de outras especialidades.

O único critério de inclusão foi serem profissionais das UTI neonatais onde o estudo foi realizado. Foram excluídos os profissionais que se encontravam de férias ou de licença do trabalho.

3.4 Instrumentos para a coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de questionários compostos por questões que buscaram identificar as características pessoais e profissionais dos participantes, seguidas de questões de múltipla escolha referentes aos conhecimentos sobre o processo doloroso no recém-nascido, sua interpretação e manejo.

O questionário foi elaborado com base no questionário utilizado por Chermont (2001), para realização de uma pesquisa com médicos que atuavam em sete unidades neonatais e quatorze berçários das maternidades do município de Belém.

Tais questionários foram diferenciados para cada categoria profissional: enfermeiros que atuam nas UTI neonatais (APÊNDICE B), fisioterapeutas que atuam nas UTI neonatais (APÊNDICE C), médicos pediatras que atuam diretamente nas UTI neonatais (APÊNDICE D), médicos de outras especialidades que prestam interconsultas nas UTI neonatais (APÊNDICE E), e cada questionário contou com a coleta dos seguintes dados:

1) Dados pessoais:

- Idade expressa em anos até o dia da entrevista;
- Sexo: classificado como feminino ou masculino;
- Estado civil: classificado como casados os indivíduos com parceiro fixo ou comunhão consensual e não casados incluindo os indivíduos solteiros, desquitados, separados não judicialmente, divorciados e viúvos;

- Religião: classificada em católica e não católica (evangélica, espírita, oriental, outras e ausente);

2) Dados profissionais:

- Ano em que concluiu a graduação;
- O tempo de experiência profissional no atendimento aos recém-nascidos em meses.
- Formação complementar: especialização, Mestrado, Doutorado e título de especialista na área em que atua;
- Turno de trabalho;
- Tempo de trabalho no setor;
- Trabalho em outro hospital;
- Carga horária semanal de trabalho.

3) Dados específicos sobre o conhecimento e as atitudes dos profissionais em relação à dor no recém-nascido:

As primeiras cinco perguntas do questionário foram idênticas para todas as categorias profissionais:

- Acredita que o recém-nascido sente dor, e diante da resposta afirmativa ou negativa, foi solicitado que respondesse o porquê;
- Conhece alguma escala para avaliação de dor no recém nascido e, em caso afirmativo, deveria descrever quais as variáveis avaliadas nessa escala;
- Conhece as alterações que o recém-nascido pode apresentar frente à dor e, em caso afirmativo, foi solicitado que descrevesse quais eram elas;
- Faz uso de alguma medida para prevenir a dor no recém-nascido; caso respondesse que sim, deveria citar quais eram essas medidas;
- Utiliza alguma medida para tratar a dor o recém-nascido e, em caso afirmativo, foi solicitado que descrevesse tais medidas.

3.1) Perguntas específicas para os enfermeiros que atuam diretamente nas UTI neonatais (APÊNDICE B):

- Durante a realização da punção venosa e da punção do calcanhar, faz uso de algum procedimento para o alívio da dor e, se respondesse que sim, deveria citar qual o procedimento realizado;
- Utiliza algum procedimento para aliviar a dor no recém-nascido enquanto ele se encontra em

ventilação mecânica e, em caso de afirmativo, qual procedimento utilizado;

- Solicita que seja prescrito algum analgésico nas disseções venosas e colocação de drenos de tórax realizada pelo cirurgião pediátrico;
- Solicita que seja prescrita alguma medicação para o alívio da dor diante de um recém-nascido no pós-operatório imediato de uma cirurgia, cujo bebê não requer ventilação mecânica e nem suporte hemodinâmico;
- Solicita que seja prescrita alguma medicação para o alívio da dor na situação em que o bebê está no pós-operatório imediato de uma cirurgia, ainda em ventilação mecânica;

3.2) Perguntas específicas para os fisioterapeutas que atuam diretamente nas UTI neonatais (APÊNDICE C):

- Durante a realização de um procedimento fisioterápico, realiza algum procedimento para o alívio da dor e, caso afirmativo, deveria citar qual o procedimento utilizado;
- Solicita que alguma medicação para analgesia seja prescrita para o recém-nascido durante a realização de procedimento fisioterápico.

3.3) Perguntas específicas para os médicos que atuam diretamente nas UTI neonatais (APÊNDICE D):

- Faz uso de medidas farmacológicas para tratar a dor no recém-nascido e, em caso de resposta positiva, deveria citar quais eram elas;
- Durante a punção venosa, punção lombar, e punção do calcâneo realizados pelo profissional entrevistado, utiliza algum procedimento ou alguma medicação para a analgesia do recém-nascido e, em caso de afirmativo, qual procedimento ou medicação utilizada;
- Utiliza algum procedimento ou medicação para dor no recém-nascido enquanto ele se encontrava em ventilação mecânica e, em caso de afirmativo, qual procedimento ou medicação utilizada;
- Prescreve algum analgésico nas disseções venosas e colocação de drenos de tórax realizadas pelo cirurgião pediátrico e, em caso de afirmativo, qual procedimento ou analgésico prescrito;
- Diante de um recém-nascido no pós-operatório imediato de uma cirurgia, cujo bebê não requer ventilação mecânica e nem suporte hemodinâmico, prescreve algum analgésico e, em caso de afirmativo, qual a medicação de escolha;
- Diante de um recém-nascido no pós-operatório imediato de uma cirurgia, ainda em ventilação mecânica, prescreve algum analgésico e, se respondesse afirmativamente, qual o

analgésico de escolha.

- Possui medo de prescrever morfina ou fentanil para o recém-nascido e, em caso afirmativo, deveria justificar tal atitude.

3.4) Perguntas específicas para os médicos de outras especialidades que atuam nas UTI neonatais (APÊNDICE E):

- Faz uso de medidas farmacológicas para tratar a dor no recém-nascido e, em caso de resposta positiva, deveria citar quais eram elas;
- Ao realizar um procedimento doloroso, prescreve alguma medicação analgésica e, se a resposta fosse afirmativa, deveria citar qual a medicação prescrita;
- Ao submeter o recém-nascido a um procedimento doloroso, solicita que seja prescrito algum analgésico e, em caso de afirmativo, especificá-lo;

3.5 Procedimentos para coleta de dados

Após a aprovação do estudo pelo CEP e do consentimento dado pelas instituições onde o estudo foi realizado, a pesquisadora entrou em contato com os chefes responsáveis pelas UTI neonatais dos hospitais selecionados para o estudo e solicitou uma lista contendo os nomes dos profissionais e telefones para contato, além de realizar o agendamento de uma visita para a aplicação dos questionários.

A pesquisadora foi até às UTI neonatais na data previamente estabelecida e permaneceu nas unidades durante todo o turno de funcionamento; dessa forma, abordou os profissionais a serem entrevistados durante o horário de trabalho deles. Uma vez contatado o profissional a ser entrevistado e tendo ele concordado em participar da pesquisa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o questionário foi entregue, para respondê-lo.

O questionário foi aplicado no período de outubro de 2008 a janeiro de 2009.

3.6 Análise estatística

Os dados coletados pelos questionários foram digitados em planilhas do programa *software* Excell e, a seguir, processados no *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 17.

A princípio realizou-se a análise descritiva de todas as variáveis estudadas. O teste t foi utilizado para as variáveis contínuas e o teste binomial para variáveis categóricas. Para as correlações entre cada um dos dados demográficos e as perguntas específicas sobre o conhecimento e manejo da dor pelos profissionais, foi utilizada a Correlação de Spearmann. Em todos esses testes, o nível de rejeição da hipótese de nulidade foi fixado em 5% ou $p \leq 0,05$.

4 RESULTADOS

4.1 Enfermeiras

Foram entrevistadas 22 enfermeiras, abrangendo 91,6% da população total das profissionais que atuam nas UTI neonatais participantes da pesquisa. Entre as profissionais que não participaram do estudo, uma alegou falta de tempo e a outra encontrava-se de férias.

Os dados demográficos das entrevistadas podem ser evidenciados na tabela 1.

Tabela 1 - Características demográficas das enfermeiras que atuam nas UTI neonatais dos Hospitais Universitários das Universidades Federais do Estado de Minas Gerais

Idade em anos ($x \pm dp$)	33 $\pm$ 8,7
n (%) feminino	22 (100%)
n (%) católicos	12 (54,5%)
n (%) casados	12 (54,5%)
Tempo de formado em anos ($x \pm dp$)	9,5 $\pm$ 8,7
Tempo de experiência profissional com RN ($x \pm dp$)	7 $\pm$ 7,8
Tempo de trabalho no setor ($x \pm dp$)	6 $\pm$ 6,5
Carga horária semanal de trabalho ($x \pm dp$)	47 $\pm$ 11,8
n (%) com especialização em neonatologia	7 (32%)

Observou-se que a média da idade da população estudada foi de 33 anos de idade, sendo a idade mínima de 24 e a máxima de 53 anos. Todas as entrevistadas (100%) eram do sexo feminino, sendo 12 (54,5%) casadas. Quanto à religião, 12 (54,5%) declararam-se católicas.

O tempo médio de formatura dos indivíduos foi de 9,5 anos, variando de um a 31 anos. E o tempo de experiência profissional com recém-nascidos foi de sete anos em média, variando de seis meses a 28 anos. Sete (32%) enfermeiras possuíam especialização em neonatologia, definida como curso de especialização *lato sensu* com carga horária superior a

360 horas, reconhecida pelo Ministério da Educação. Nenhuma profissional possuía mestrado ou doutorado.

Com relação ao turno de trabalho, dez (40%) enfermeiras trabalhavam durante a noite, nove (36%) pela manhã e seis (24%) à tarde; três (13,6%) declaram trabalhar em dois turnos. Entre as entrevistadas doze (54,5%) relataram trabalhar também em outro setor que não o local onde as entrevistas foram realizadas.

Quando indagadas sobre o tempo de trabalho nas UTI neonatais, observou-se que o tempo médio de trabalho foi de seis anos, variando de três meses a 28 anos, com carga horária semanal de trabalho média de 47 horas, sendo o tempo mínimo de 30 e o máximo de 74 horas semanais de trabalho.

Quando indagadas se acreditavam que o recém-nascido sentia dor, 22 (100%) responderam que sim. Sobre os motivos, dez (45,4%) referiram o fato de o recém-nascido possuir estruturas anatômicas e fisiológicas responsáveis pela recepção, transmissão e integração do estímulo doloroso, oito (36,3%) referiram o fato de o bebê chorar, oito (36,3%) citaram o fato de o bebê apresentar fácies de dor, cinco (22,7%) referiram o fato de o recém-nascido apresentar alterações na movimentação corporal, quatro (18,1%) acreditam que o bebê sente dor por apresentar alterações nos parâmetros fisiológicos, quatro (18,1%) acham que o bebê sente dor por apresentar alterações nos parâmetros comportamentais e um (4,5%) citou outro motivo: “porque apresenta formas de comunicação não verbal que sugere a dor” (Tabela 2).

Tabela 2 - Conhecimentos e manejo da dor no recém-nascido, segundo as enfermeiras que atuam nas UTI neonatais dos Hospitais Universitários das Universidades Federais do Estado de Minas Gerais

	N	%
1. Você acha que o RN sente dor? Porque? (SIM)	22	100,0
Porque ele possui estruturas anatômicas e fisiológicas responsáveis pela recepção, transmissão e integração do estímulo doloroso	10	45,4
Porque ele chora	8	36,3
Porque apresenta fácies de dor	8	36,3
Porque apresenta alterações na movimentação corporal	5	22,7
Porque apresenta modificações fisiológicas (FC, FR)	4	18,1
Porque apresenta modificações comportamentais	4	18,1
Outros motivos	1	4,5
2. Conhece alguma escala de avaliação de dor? (SIM)	16	72,7
Quais dados são avaliados ?		
Mímica facial	16	72,7
Alteração FC	11	50,0
Alteração FR	8	36,3
Choro	7	31,8
Movimentação corporal	7	31,8
Sat. O2	6	27,2
Padrão sono e vigília	2	9,0
Sudorese	1	4,5
Temperatura	1	4,5
3. Conhece as alterações do RN frente à dor? Quais? (SIM)	21	95,5
Alteração FC	20	90,9
Sat. O2	12	54,5
Alteração FR	10	45,4
Mímica facial	9	40,9
Movimentação corporal	9	40,9
Choro	6	27,2
Sudorese	6	27,2
Alteração da PA	6	27,2
Coloração	1	4,5
4. Utiliza alguma medida para prevenir a dor no RN? Quais? (SIM)	22	100,0
Aconchegar o RN	12	54,5
Sucção não nutritiva	11	50,0
Glicose oral	9	40,9
Medicação prescrita	6	27,2
Manipulação mínima	2	9,0
Preservar horário do sono (agrupando os procedimentos)	2	9,0
Sob responsabilidade médica	1	4,5
Diminuição da incidência de luzes	1	4,5
5. Utiliza alguma medida para tratar a dor no RN? Quais?(SIM)	22	100,0
Medicação prescrita	14	63,3
Aconchegar o RN	8	36,3
Sucção não nutritiva	6	27,2
Sucção ao seio materno	4	18,1
Glicose oral	3	13,6
Manipulação mínima	2	9,0
Preservar horário do sono (agrupando os procedimentos)	2	9,0
Sob responsabilidade médica	1	4,5
Diminuição da incidência de luzes	1	4,5
Diminuição da incidência de ruídos	1	4,5

Com relação à avaliação da dor no período neonatal, foi questionado às enfermeiras, se conheciam alguma escala para avaliação da dor nessa faixa etária; a maioria, dezesseis (72,7%) respondeu positivamente e citaram como dados pertencentes nessas escalas: mímica facial (72,7%), alteração na frequência cardíaca (50,0%), alteração na frequência respiratória (36,3%), alteração na movimentação corporal (31,8%), choro (31,8%), alteração na saturação de oxigênio (27,2%), alteração no padrão sono e vigília (9,0%), sudorese (4,5%) e temperatura corporal (4,5%) (Tabela 2).

Quanto ao conhecimento das enfermeiras em relação às alterações que o recém-nascido pode apresentar frente à dor, apenas uma (4,5%) referiu não possuir conhecimento. Entre as respostas dadas pelas demais profissionais que admitiram conhecer tais alterações, os parâmetros mais citados por ordem decrescente foram: alteração na frequência cardíaca (90,9%), alteração na saturação de oxigênio (54,5%), alteração na frequência respiratória (45,4%), mímica facial (40,9%), alteração na movimentação corporal (40,9%), choro (27,2%), sudorese (27,2%), alteração da pressão arterial (27,2%) e alteração na coloração da pele (4,5%) (Tabela 2).

Em relação à prevenção da dor no recém-nascido, houve unanimidade na resposta positiva; as medidas utilizadas pelas enfermeiras para prevenir a dor no neonato foram: aconchegar e posicionar o bebê (54,5%), sucção não nutritiva (50,0%), administração de glicose oral (40,9%), administração de medicação prescrita pelos médicos (27,2%), diminuição de ruídos (13,6%), manuseio mínimo (9,0%), preservação do horário do sono (9,0%) e diminuição na incidência de luzes no ambiente (4,5%). Entre as respostas apresentadas, uma (4,5%) enfermeira disse que a responsabilidade de prevenir a dor no recém-nascido estaria sob responsabilidade médica (Tabela 2).

Quando indagadas se faziam o uso de alguma medida para tratar a dor no neonato, novamente encontrou-se unanimidade nas respostas positivas: a utilização de medicações prescritas pelos médicos foi a alternativa mais citada por quatorze (63,6%) enfermeiras (Tabela 2).

Quanto à realização de medidas de tratamento para procedimentos potencialmente dolorosos realizados nas UTI neonatais, como punção venosa, punção de calcânhar, dissecação venosa, drenagem torácica, ventilação mecânica, pós-operatório com o bebê com ou sem necessidade de ventilação mecânica e suporte hemodinâmico, os resultados podem ser evidenciados na Tabela 3.

Tabela 3 – Uso de tratamento da dor em de procedimentos dolorosos pelas enfermeiras das UTI neonatais dos Hospitais Universitários das Universidades Federais do Estado de Minas Gerais

	N (SIM)	%
1. Punção venosa	20	90,9
2. Punção de calcanhar	7	31,8
3. RN em ventilação mecânica	19	86,3
4. Dissecções venosas realizadas pelo cirurgião	17	77,3
5. Dreno de tórax	15	68,2
6. RN em pós-operatório imediato de cirurgia e que não requer ventilação mecânica e nem suporte ventilatório	18	81,8
7. RN em pós-operatório imediato de cirurgia em ventilação mecânica	17	77,3

Observa-se que, para a punção venosa, 20 (90,9%) enfermeiras referiram realizar algum procedimento para o alívio da dor; nove (40,9%) citaram o posicionamento do bebê durante o procedimento e nove (40,9%) citaram o uso da glicose oral. Durante a punção de calcanhar, sete (31,8%) admitiram utilizar medidas para o alívio da dor, entre tais medidas as mais utilizadas foram o uso da glicose oral e da sucção não-nutritiva, citada quatro vezes cada uma. Quanto ao recém-nascido em ventilação mecânica, dezenove (86,4%) enfermeiras referiram realizar procedimentos para o alívio da dor; a maioria, dezesseis (72,7%) o faz por meio de medicações prescritas pelos médicos. Dezesete (77,3%) afirmaram solicitar prescrição de analgésicos durante as dissecções venosas realizadas pelo cirurgião pediátrico e 68,2% admitiram solicitar tal prescrição para o médico durante a drenagem de tórax. Aproximadamente 82% das entrevistadas solicitam prescrição de analgésico para neonatos em pós-operatório imediato de cirurgia, não acompanhado da ventilação mecânica e suporte hemodinâmico; já 77,3% das entrevistadas solicitam a prescrição para recém-nascidos em pós-operatório imediato de cirurgia que requerem ventilação mecânica.

Quando realizadas correlações entre os dados demográficos e dados específicos sobre o conhecimento e manejo da dor no recém-nascido pelas enfermeiras, houve correlação negativa entre o tempo de experiência profissional e o conhecimento das escalas de avaliação

da dor ($r = -0,491$; $p = 0,020$) e o tratamento da dor nos recém-nascidos ($r = -0,564$; $p = 0,006$).

4.2 Fisioterapeutas

Durante o período de entrevistas, onze (100%) das fisioterapeutas que trabalhavam nas UTI neonatais foram entrevistadas. Os dados demográficos das fisioterapeutas encontram-se dispostos na Tabela 4.

Tabela 4 - Características demográficas das fisioterapeutas que atuam nas UTI neonatais dos Hospitais Universitários das Universidades Federais do Estado de Minas Gerais

Idade em anos ($x \pm dp$)	31,2 $\pm$ 6,1
n (%) feminino	11 (100%)
n (%) católicos	7(63,6%)
n (%) casados	4(36,4%)
Tempo de formado em anos ($x \pm dp$)	8,5 $\pm$ 5,4
Tempo de experiência profissional com RN ($x \pm dp$)	6 $\pm$ 3,9
Tempo de trabalho no setor ($x \pm dp$)	4,4 $\pm$ 4,3
Carga horária semanal de trabalho ($x \pm dp$)	35,7 $\pm$ 13,7
n (%) com especialização em fisioterapia em neonatologia	2 (18,1%)
n (%) com especialização em fisioterapia pediátrica	5 (45,4%)
n (%) com especialização em fisioterapia respiratória	6 (54,5%)

A média da idade foi de 31,2 anos, variando de 25 a 48 anos. Todas profissionais eram do sexo feminino, a maioria sete (63,6%), solteiras e sete (63,6%) eram católicas.

Quando indagadas sobre o tempo de formadas, o tempo médio encontrado foi de 8,5 anos, variando de dois anos a dezesseis anos. Quanto ao tempo de experiência profissional no manejo dos recém-nascidos, o valor médio foi de seis anos, variando de 1,5 a quinze anos.

Em relação à formação complementar, apenas duas (18,1%) possuíam especialização em fisioterapia neonatal e cinco (45,4%) em fisioterapia pediátrica; seis (54,5%) eram especialistas em fisioterapia respiratória. Além disso, uma (9,0%) profissional possuía Mestrado.

Quanto ao turno de trabalho, oito (61,5%) trabalhavam pela manhã e cinco (38,5%) durante a tarde, entre esses, duas (18,1%) declararam trabalhar durante os dois turnos. Quando indagadas quanto ao tempo em anos trabalhados no setor, a média foi de 4,4 anos, variando entre dois meses a quatorze anos. Além do trabalho nas UTI neonatais, sete (63,6%) fisioterapeutas relataram trabalhar em outros locais, sendo a média da carga horária semanal de trabalho de 35,7 horas, variando entre onze e 60 horas.

No momento em que foram questionadas se achavam que o recém-nascido sentia dor, as profissionais foram unânimes em dizer que sim, quando perguntadas o motivo, as respostas em ordem decrescente foram: porque apresenta alterações na mímica facial (45,4%); porque chora (36,3%), porque possuir todas as estruturas anatômicas e fisiológicas para a percepção do estímulo doloroso (36,3%), porque apresenta alterações na movimentação corporal (27,2%) e porque apresenta alterações fisiológicas quando submetido a um procedimento doloroso (27,2%) (Tabela 5).

Tabela 5 - Conhecimentos e manejo da dor no recém-nascido, segundo as fisioterapeutas que atuam nas UTI neonatais dos Hospitais Universitários das Universidades Federais do Estado de Minas Gerais

	N	%
1. Você acha que o RN sente dor? Porque? (SIM)	11	100,0
Porque apresenta fâcies de dor	5	45,4
Porque ele chora	4	36,3
Porque ele possui estruturas anatômicas e fisiológicas responsáveis pela recepção, transmissão e integração do estímulo doloroso.	4	36,3
Porque apresenta alterações na movimentação corporal	3	27,2
Porque apresenta modificações fisiológicas (FC, FR)	3	27,2
2. Conhece alguma escala de avaliação de dor? (SIM)	8	72,7
Quais dados são avaliados?		
Mímica facial	7	63,6
Alteração FC	6	54,5
Alteração FR	6	54,5
Movimentação corporal	5	45,4
Choro	4	36,3
Outros	3	27,2
Sat. O2	1	9,0
Sudorese	1	9,0
Coloração	1	9,0
3. Conhece as alterações do RN frente à dor? (SIM)	11	100,0
Alteração FC	8	72,7
Choro	7	63,6
Mímica facial	7	63,6
Alteração FR	7	63,6
Sat. O2	3	27,2
Outros	3	27,2
Movimentação corporal	2	18,1
Sudorese	1	9,0
Coloração	1	9,0
4. Utiliza alguma medida para prevenir a dor no RN? (SIM)	8	72,7
Aconchegar o RN	6	54,5
Glicose oral	3	27,2
Medicação prescrita	2	18,1
Manipulação mínima	1	9,0
Sucção não-nutritiva	1	9,0
Sucção ao seio materno	1	9,0
5. Utiliza alguma medida para tratar a dor no RN? (SIM)	6	54,5
Aconchegar o RN	4	36,3
Medicação prescrita	3	27,2
Manipulação mínima	1	9,0
Sob responsabilidade médica	1	9,0

Quanto ao conhecimento em relação às escalas para avaliação da dor no neonato, a maioria, oito (72,7%) fisioterapeutas declaram conhecer alguma escala; os dados contidos nessas escalas mais citados foram, em ordem decrescente: mímica facial (63,6%), alteração na frequência cardíaca (54,5%), alteração na frequência respiratória (54,5%), movimentação corporal (45,4%), choro (36,3%), alteração na saturação de oxigênio (9,0%), sudorese (9,0%), alteração na coloração (9,0%) e outros (27,2%), entre eles, tremores, alteração no nível de cortisol e vômitos (Tabela 5).

Quando indagadas se conheciam as alterações que o bebê pode apresentar em situação de dor, novamente foram unânimes na resposta positiva, referiram como as principais alterações, em ordem decrescente: alteração na frequência cardíaca (72,7%), choro (63,6%), mímica facial (63,6%), alteração na frequência respiratória (63,6%), saturação de oxigênio (27,2%), movimentação corporal (18,1%), sudorese (9,0%), alteração na coloração (9,0%) e outros (27,2%), como alteração no nível de cortisol, tremores e vômitos (Tabela 5).

Com relação às medidas utilizadas para a prevenção da dor no neonato, oito (72,7%) fisioterapeutas disseram fazer o uso de algumas medidas; a mais citada por seis (54,5%) delas foi aconchegar e posicionar o bebê de maneira confortável (54,5%) (Tabela 5).

Quanto às medidas para tratar a dor, seis (54,5%) responderam positivamente; as medidas utilizadas para o tratamento em ordem decrescente foram: aconchegar o recém-nascido (36,3%), administração da medicação prescrita pelo médico (27,2%), manipulação mínima (9,0%) e uma (9,0%) profissional admitiu que a responsabilidade de tratar a dor do neonato é do médico (Tabela 5).

Foi indagado às profissionais se utilizavam algum procedimento para o alívio da dor enquanto realizavam um procedimento fisioterápico doloroso, a maioria oito (72,2%) admitiu realizar algum procedimento; o posicionamento do bebê foi procedimento mais citado por sete (63,6%) fisioterapeutas, seguido pela administração de medicação prescrita (27,2%) e, por fim, a utilização da glicose oral (27,2%). Além disso, nove (81,8%) das fisioterapeutas declararam solicitar ao médico que prescrevesse alguma medicação para analgesia do recém-nascido quando esse estivesse sendo submetido a um procedimento doloroso.

Feitas as correlações entre os dados demográficos e dados específicos sobre o conhecimento e manejo da dor no recém-nascido pelas fisioterapeutas, não foram observadas correlações estatisticamente significantes.

4.3 Médicos pediatras e médicos de outras especialidades

Dos 63 pediatras, 56 (88,8%) responderam ao questionário. Entre os profissionais que não participaram da pesquisa, uma estava de licença maternidade, três encontravam-se em período de férias e três não responderam à entrevista alegando falta de tempo. Entre os médicos de outras especialidades, 31 (79,4%) de um total de 39 aceitaram participar da pesquisa. Entre eles, onze (35,4%) eram cirurgiões pediátricos, seis (19,3%) cardiologistas pediátricos, três (9,6%) neurologistas, dois (6,4%) ortopedistas, dois (6,4%) oftalmologistas, dois (6,4%) cirurgiões cardíacos, dois (6,4%) cirurgiões plásticos, um (3,2%) nefrologista, um (3,2%) neurocirurgião e um (3,2%) anestesiolegista. Entre os médicos que não participaram do estudo, três encontravam-se em período de férias e cinco alegaram falta de tempo para responder às perguntas (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos médicos de outras especialidades que atuam nas UTI neonatais dos Hospitais Universitários das Universidades Federais do Estado de Minas Gerais de acordo com a especialidade

ESPECIALIDADE	N	%
Cirurgia pediátrica	11	35,4
Cardiologia pediátrica	6	19,3
Neurologia	3	9,6
Oftalmologia	2	6,4
Ortopedia	2	6,4
Cirurgia cardíaca	2	6,4
Cirurgia plástica	2	6,4
Nefrologia	1	3,2
Neurocirurgia	1	3,2
Anestesiologia	1	3,2
TOTAL	31	100,0

A tabela 7 mostra as características demográficas dos médicos entrevistados.

Tabela 7 - Características demográficas dos médicos pediatras e de outras especialidades que atuam nas UTI neonatais dos Hospitais Universitários das Universidades Federais do Estado de Minas Gerais

	Pediatras	Outros especialistas	p-valor
Idade em anos (x ± dp)	39,3±7,4	42,7±8,8	0,0600
n (%) feminino	44 (78,6%)	12 (38,7%)	0,0001*
n (%) católicos	38(67,9%)	17(54,8%)	0,2295
n (%) casados	43(76,8%)	27(87,1%)	0,2119
Tempo de formado em anos (x ± dp)	15,9±7,8	18,8±8,4	0,1110
Tempo de experiência (x ± dp)	11,7±6,1	15,7±7,6	0,0000*
Tempo de trabalho no setor (x ± dp)	10,8±6,1	11,3±7,3	0,7260
Carga horária semanal de trabalho (x ± dp)	52,9±14,4	46,1±17	0,0510
n (%) com título de especialista na área em que atua	47(83,9%)	24(77,4%)	0,4689

* p< 0,05

Observa-se que a média de idade dos pediatras foi de 39,3 anos, variando de 30 a 68 anos. Do total de entrevistados 44 (78,6%) eram do sexo feminino, 43 (76,8%) eram casados e 38 (67,9%) católicos.

Quanto ao tempo de formado, a média observada foi de 15,9 anos, sendo a mínima de cinco e a máxima de 44 anos. Quando indagados quanto ao tempo de experiência profissional com recém-nascidos, o tempo médio observado foi de 11,7 anos, variando de 1,3 anos a 33 anos.

Com relação à formação complementar, 53 (94,6%) possuíam especialização em pediatria e três (5,3%) cursaram residência em terapia intensiva pediátrica, definidas como tendo cursado um programa de residência médica na área por pelo menos dois anos. Entre os profissionais 41 (73,2%) médicos possuíam especialização em neonatologia, definida como treinamento de pelo menos um ano em unidades neonatais universitárias com programa formal de ensino na área de neonatologia. Dos 56 entrevistados, 47 (83,9%) possuíam título de especialista na área em que atuam, conferido pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Além disso, oito (14,2%) possuíam o título de mestre e seis (10,7%) possuíam Doutorado.

Quanto ao turno de trabalho, oito (14,2%) médicos trabalhavam apenas durante um turno, 53 (39,3%) trabalhavam pela manhã, 47 (34,8%) durante a tarde e 35 (25,9%) durante a noite. Quanto ao tempo de trabalho no setor onde a entrevista foi realizada, a média em anos foi de 10,8 anos, variando de três meses a 30 anos. Entre os entrevistados 91,1% declararam trabalhar também em outro local a não ser a UTI neonatal onde ocorreu a entrevista; a carga horária semanal de trabalho foi em média de 52 horas, sendo a mínima de 18 e a máxima de 90 horas semanais.

Com relação aos médicos de outras especialidades, pode-se observar que a média de idade foi de 42,7 anos, sendo a mínima 30 e a máxima 66 anos. Do total de entrevistados, 61,3% eram homens, 87,1% do total eram casados e 54,8% declararam-se católicos.

O tempo médio de formado dos médicos de outras especialidades foi de 18,8 anos, variando de sete a 43 anos. Com relação à experiência profissional, o tempo foi de em média 17,7 anos, enquanto o tempo de experiência com recém-nascidos foi de 15,7 anos. Entre os profissionais com formações distintas, quinze (48,3%) possuíam Mestrado e doze (38,7%) possuíam Doutorado.

Quanto ao turno de trabalho, 31 (100%) trabalhavam no período matutino, 23 (74,1%) no período da tarde e dezesseis (51,6%) no período noturno; 26 (83,8%) médicos declararam trabalhar mais de um turno.

Com relação ao tempo de trabalho no setor, a média encontrada foi de 11,3 anos, variando de seis meses a 25 anos. Observou-se que os entrevistados trabalhavam em média 46 horas semanais, entre quatro e 72 horas semanais de trabalho.

Foram observadas diferenças estatisticamente significantes em duas características analisadas: gênero, havendo maior número de indivíduos do sexo feminino entre os pediatras ($p = 0,0001$) e tempo de experiência no cuidado ao RN que foi maior entre os especialistas ($p = 0,0000$) (Tabela 7).

Quando questionado aos médicos se acreditavam que o recém-nascido sente dor, todos responderam que sim. Entretanto, quando perguntados aos médicos pediatras de forma aberta o porquê, as respostas em ordem decrescente foram: porque o neonato possui todas as estruturas anatômicas e fisiológicas para a percepção da dor (53,5%), porque apresenta alterações fisiológicas (23,2%), porque apresenta modificações comportamentais (21,4%), porque chora (19,6%), porque apresenta fácies de dor (16,0%) e porque apresenta modificações corporais (5,3%) (Tabela 8).

TABELA 8 - Conhecimentos e manejo da dor no recém-nascido, segundo os médicos pediatras e de outras especialidades que atuam nas UTI neonatais dos Hospitais Universitários das Universidades Federais do Estado de Minas Gerais

	Pediatras		Outros especialistas		p-valor
	N	%	N	%	
1. Você acha que o RN sente dor? Porque? (SIM)	56	100,0	31	100,0	..
Porque ele possui estruturas anatômicas e fisiológicas responsáveis pela recepção, transmissão e integração do estímulo doloroso	30	53,5	14	45,1	0,4512
Porque apresenta modificações fisiológicas (FC, FR)	13	23,2	12	38,7	0,1365
Porque apresenta modificações comportamentais	12	21,4	12	38,7	0,0938
Porque ele chora	11	19,6	7	22,5	0,7522
Porque apresenta fácies de dor	9	16,0	5	16,1	0,9903
Porque apresenta alterações na movimentação corporal	3	5,3	3	9,6	0,4794
2. Conhece alguma escala de avaliação de dor? (SIM)	52	92,9	15	48,3	0,0000*
Quais dados são avaliados?					
Mímica facial	46	82,1	13	41,9	0,0001*
Alteração FC	41	73,2	9	29,0	0,0000*
Choro	31	55,3	11	35,4	0,0669
Alteração FR	25	44,6	5	16,1	0,0023*
Movimentação corporal	14	25,0	6	19,3	0,5333
Saturação de O ₂	13	23,2	2	6,4	0,0188*
Alteração PA	7	12,5	1	3,2	0,0870
3. Conhece as alterações do RN frente à dor? (SIM)	56	100,0	29	93,5	0,1421
Quais dados são avaliados?					
Alteração FC	51	91,0	21	67,7	0,0116*
Choro	34	60,7	20	64,5	0,7247
Mímica facial	28	50,0	17	54,8	0,6671
Alteração FR	28	50,0	15	48,3	0,8792
Alteração da PA	16	28,5	2	6,4	0,0031*
Sat. O ₂	14	25,0	4	12,9	0,1473
Movimentação corporal	12	21,4	9	29,0	0,4390
Sudorese	7	12,5	1	3,2	0,0870
Coloração	6	10,7	4	19,2	0,2994
Padrão sono e vigília	4	7,1	2	6,4	0,9001
4. Utiliza alguma medida para prevenir a dor no RN? (SIM)	50	89,3	26	83,8	0,4808
Quais?					
Prescrição de medicamentos	33	58,9	19	61,2	0,8336
Aconchegar o RN	26	46,4	9	29,0	0,0984
Sucção não nutritiva	18	32,1	4	12,9	0,0266*
Glicose oral	11	19,6	7	22,5	0,7522
Manipulação mínima	8	14,2	2	6,4	0,2236
Contato pele a pele com a mãe	6	10,7	1	3,2	0,1493
Sucção ao seio materno	5	8,9	1	3,2	0,2492
5. Utiliza alguma medida para tratar a dor no RN? (SIM)	56	100,0	26	83,8	0,0144*
Quais?					
Prescrição de medicamentos	50	89,2	26	83,8	0,4893
Aconchegar o RN	23	41,0	2	6,4	0,0000*
Sucção não nutritiva	21	37,5	3	9,6	0,0006*
Glicose oral	16	28,5	3	9,6	0,0185*
Sucção ao seio materno	2	3,5	1	3,2	0,9403

* p < 0,05

Quando questionado aos médicos de outras especialidades o porquê de acreditarem que o neonato sente dor, as respostas foram: possui estruturas fisiológicas e anatômicas para a percepção da dor (45,1%), apresenta modificações comportamentais (38,7%), apresenta alterações fisiológicas (38,7%), chora (22,5%), apresenta fácies de dor (16,1%) e apresenta alterações na movimentação corporal (9,6%).

Quando questionado aos pediatras o conhecimento de alguma escala de avaliação da dor em neonatos, 52 (92,9%) dos entrevistados responderam que sim e citaram como dados avaliados nessas escalas: mímica facial (82,1%), alteração da frequência cardíaca (73,2%), choro (55,3%), alteração da frequência respiratória (44,6%), movimentação corporal (25,0%), alteração na saturação de oxigênio (23,2%), alteração da pressão arterial (12,5%) e por fim, alteração no padrão sono e vigília (5,3%). No momento em que foram interrogados os médicos de outras especialidades, 16 (51,6%) responderam não conhecer. Para os entrevistados que responderam que conheciam alguma escala, a mímica facial foi a alteração mais citada por 13 (41,9%) profissionais (Tabela 8).

Quando se compararam as respostas obtidas dos entrevistados, observou-se que os pediatras apresentaram um percentual significativamente maior de conhecimento das escalas de avaliação da dor ($p = 0,0000$) do que os médicos especialistas que atuavam indiretamente nas unidades neonatais ou neonatais/pediátricas. De acordo com parâmetros de avaliação da dor, citados de forma espontânea pelos entrevistados, a mímica facial foi referida de maneira significativamente maior pelos pediatras (pediatras: 82,1%; médicos de outras especialidades: 41,9%; $p=0,0001$), assim como a alteração na frequência cardíaca (pediatras: 73,2%; médicos de outras especialidades: 29,0%; $p=0,0000$), alteração na frequência respiratória (pediatras: 44,6%; médicos de outras especialidades: 16,1%; $p=0,0023$) e alteração na saturação de oxigênio (pediatras: 23,2%; médicos de outras especialidades: 6,4%; $p=0,0188$) (Tabela 8).

Quando interrogados se os pediatras conheciam as alterações que o recém-nascido pode apresentar frente a um estímulo doloroso, todos os entrevistados responderam que sim; a alteração mais citada foi alteração na frequência cardíaca por 51 (91,0%) profissionais. Quanto aos médicos de outras especialidades, 29 (93,5%) profissionais disseram conhecer tais alterações, sendo essas: alteração nos batimentos cardíacos (67,7%), choro (64,5%), mímica facial (54,8%), alteração na frequência respiratória (48,3%), movimentação corporal (29,0%), mudança na coloração (19,2%), alteração na saturação de oxigênio (12,9%), alteração no padrão sono e vigília (6,4%), alteração na pressão arterial (6,4%), sudorese (3,2%) (Tabela 8).

Mais uma vez, observa-se que os pediatras referiram a alteração na frequência cardíaca de maneira significativamente maior que os médicos de outras especialidades

(pediatras: 91,0%; médicos de outras especialidades: 67,7%; $p=0,0116$), assim como a alteração da pressão arterial (pediatras: 28,5%; médicos de outras especialidades: 6,4%; $p=0,0031$) (Tabela 8).

Quanto a medidas de prevenção da dor no neonato segundo os pediatras, 50 (89,2%) admitiram utilizar tais medidas, sendo as respostas por ordem decrescente: analgesia (58,9%), posicionamento do recém-nascido (46,4%), sucção não nutritiva (32,1%), glicose oral (19,6%), manipulação mínima (14,2%), preservação do horário do sono (14,2%), contato pele a pele com a mãe (10,7%), sucção ao seio materno (8,9%), diminuição da incidência de ruídos (8,9%) e diminuição na incidência de estímulos luminosos (8,9%). Com relação ao uso de medidas para prevenir a dor, segundo os médicos de outras especialidades, 26 (83,8%) dos entrevistados reconheceram utilizá-las. A medida mais citada foi a utilização de medicações analgésicas (61,2%), seguida por posicionamento do bebê (29,0%), administração de glicose oral (22,5%), sucção não nutritiva (12,9%), manipulação mínima (6,4%), sucção ao seio materno (3,2%) e finalmente, contato pele a pele com a mãe (3,2%). Quando comparadas as respostas dadas pelos profissionais em questão, constatou-se que a utilização de sucção não-nutritiva é utilizada com maior frequência pelos médicos pediatras (pediatras: 32,1%; médicos de outras especialidades: 12,9%; $p=0,0268$) (Tabela 8).

Com relação ao tratamento da dor, mais uma vez os pediatras foram unânimes em responder que utilizam alguma medida para tratá-la, sendo as respostas: utilização de medicações (89,2%), posicionamento do bebê (41,0%), sucção não nutritiva (37,5%), glicose oral (28,5%), diminuição na incidência de ruídos (5,3%), diminuição de estímulos luminosos (3,5%), sucção ao seio materno (3,5%), preservação do sono (1,7%) e manipulação mínima (1,7%). Quando indagado aos médicos de outras especialidades se utilizam alguma medida para o tratamento da dor, 26 (83,8%) responderam que sim. A medida citada foi a utilização de medicações analgésicas por 26 (83,8%) dos entrevistados (Tabela 8).

Além das medidas de tratamento utilizadas, foi indagado aos profissionais se os mesmos faziam uso de medidas farmacológicas para o tratamento da dor, nesse momento 56 (100%) pediatras e 29 (93,5%) responderam que sim, sendo que os medicamentos mais citados foram os opióides por 50 (89,2%) pediatras e 20 (68,9%) médicos de outras especialidades (Tabela 9).

Tabela 9 – Medicamentos utilizados pelos pediatras e outros especialistas para o tratamento da dor nos recém-nascidos nas UTI neonatais dos Hospitais Universitários das Universidades Federais do Estado de Minas Gerais

	Pediatras		Outros especialistas		p-valor
	N	%	N	%	
Utiliza alguma medida farmacológica para tratar a dor? (SIM)	56	100	29	93,5	0,1421
Quais?					
Opióides	50	89,2	20	68,9	0,0334*
Diazepínicos	3	5,3	3	10,3	0,4339
Anestésicos	7	12,5	2	6,8	0,3756
AINES	19	33,9	7	24,1	0,3344
À critério do neonatologista de plantão	1	1,7	8	27,5	0,0023*

* $p < 0,05$

Pode-se observar que os pediatras citaram com maior frequência do que os médicos de outras especialidades os seguintes métodos para tratar a dor: aconchegar e posicionar o recém-nascido durante o procedimento doloroso (pediatras: 41,0%; médicos de outras especialidades: 6,4%; $p=0,0000$), utilização de glicose oral (pediatras: 28,5%; médicos de outras especialidades: 9,6%; $p=0,0185$) e sucção não nutritiva (pediatras: 37,5%; médicos de outras especialidades: 9,6%; $p=0,0008$) (Tabela 8).

Observa-se que os pediatras referiram a utilização de opióides de maneira significativamente maior que os médicos de outras especialidades (pediatras: 89,2%; médicos de outras especialidades: 68,9%; $p=0,0334$) (Tabela 9).

Quanto à utilização de analgesia pelos pediatras para procedimentos potencialmente dolorosos realizados nas UTI neonatais ou neonatais/pediátricas, como punção venosa, punção lombar, punção de calcânhar, dissecação venosa, drenagem torácica, ventilação mecânica e pós-operatório de cirurgia abdominal, os resultados podem ser evidenciados na tabela 10.

Tabela 10 - Uso de tratamento da dor em procedimentos dolorosos pelos pediatras das UTI neonatais dos Hospitais Universitários das Universidades Federais do Estado de Minas Gerais

	Pediatras	
	N	%
1.Punção venosa	26	46,4
- glicose oral	18	32,1
2.Punção lombar	23	41,1
- glicose oral	18	32,1
3.Punção de calcanhar	19	33,9
- glicose oral	12	21,4
4. RN em ventilação mecânica	54	96,4
- opióides	53	94,6
5. Dissecções venosas realizadas pelo cirurgião	50	89,3
- opióides	46	82,1
6. Dreno de tórax	52	92,9
- opióides	50	89,2
7. RN EM pós-operatório imediato de cirurgia não requer ventilação mecânica e nem suporte ventilatório	55	98,2
- opióides	46	82,1
8. RN em pós-operatório imediato de cirurgia em ventilação mecânica	55	98,2
- opióides	55	98,2

Observa-se que, para a punção venosa, 26 (46,6%) dos profissionais referiram utilizar algum procedimento ou medicação para analgesia, sendo a glicose oral a mais utilizada (32,1%). Com relação à punção lombar, 23 (41,1%) dos entrevistados admitiram o uso de procedimento ou medicações, sendo novamente a glicose oral o procedimento para alívio da dor mais citado (32,1%). Dos profissionais entrevistados, 19 (33,9%) admitiram realizar procedimento para alívio da sensação dolorosa no bebê enquanto era submetido a uma punção no calcanhar, sendo a glicose oral, mais uma vez, citada pela maioria dos entrevistados (21,4%). Quando indagados sobre a utilização de analgesia para o RN em ventilação mecânica, 54 (96,4%) admitiram utilizá-la, sendo os opióides citados por 53 (94,6%) dos médicos. Durante as dissecções venosas, 50 (89,3%) dos profissionais responderam que faziam o uso de algum analgésico, sendo os opióides os mais citados (82,15), principalmente o fentanil por 40 (71,4%) dos profissionais. Na colocação de dreno torácico, um procedimento considerado bastante doloroso, 52 (92,9%) dos entrevistados declararam utilizar analgesia,

sendo os opiáceos as drogas de primeira escolha, citado por 50 (89,2%) dos médicos; o fentanil foi citado por 43 (76,7%). Apenas cinco (8,9%) dos profissionais relataram o uso de anestésicos locais durante as disseções venosas, e três (5,3%) referiam tal utilização em colocações de drenos torácicos. Com relação ao uso de analgesia para recém-nascidos em pós-operatório de cirurgia, que não requer ventilação mecânica e suporte hemodinâmico, 55 (98,2%) admitiram o uso, enquanto 98,2% também declararam utilizar medicação analgésica para neonatos em pós-operatório de cirurgia, entretanto requerendo ventilação mecânica.

Quando questionados os pediatras quanto o medo em prescrever morfina ou fentanil, 31 (55,3%) admitiram possuir tal sentimento. Quando indagados quanto ao motivo, 31 (100%) dos profissionais referiram o receio do neonato apresentar depressão respiratória, cinco (16,1%) admitiram receio de efeitos hemodinâmicos apresentados pelos recém-nascidos e apenas um (3,2%) referiu o risco de dependência (Tabela 11).

Tabela 11 – Causas referentes ao medo em prescrever morfina ou fentanil pelos pediatras das UTI neonatais dos Hospitais Universitários das Universidades Federais do Estado de Minas Gerais

	Pediatras	
	N	%
Você tem medo quando prescreve morfina ou fentanil para o RN? (SIM)	31	55,3
Por quê?		
Depressão respiratória	31	100,0
Efeito hemodinâmico	5	16,1
Dependência	1	3,2

Foi perguntado aos profissionais de outras especialidades se, ao realizarem um procedimento doloroso no recém-nascido, prescreviam algum analgésico, 30 (96,7%) responderam que sim, sendo o fentanil (41,9%) a medicação mais prescrita. Além disso, quando indagados se solicitavam a prescrição de alguma medicação durante a realização de procedimentos potencialmente dolorosos, 31 (100%) responderam que sim e a medicação mais uma vez mais citada como primeira escolha foi o fentanil (25,8%).

Quando realizadas correlações entre os dados demográficos e dados específicos sobre o conhecimento e manejo da dor no recém-nascido pelos médicos, não houve correlação entre

os dados dos pediatras. Quanto aos dados dos médicos de outras especialidades, observou-se correlação positiva entre o tempo de experiência e o conhecimento das alterações que o bebê pode apresentar frente à dor ($r = 0,368$; $p = 0,042$) e entre o tempo de trabalho no setor e mais uma vez o conhecimento das alterações do recém-nascido quando submetido a um procedimento doloroso ($r = 0,427$; $p = 0,016$).

5 DISCUSSÃO

Com o objetivo de se conhecer como os profissionais de saúde que atuam nas unidades neonatais dos Hospitais Universitários das Universidades Federais do Estado de Minas Gerais reconhecem e manejam a dor no recém-nascido, aplicou-se um questionário abrangendo enfermeiras, fisioterapeutas, médicos pediatras e médicos de outras especialidades que atuam nestas unidades.

O questionário que foi aplicado com este fim era composto, além das perguntas relativas à dor no recém-nascido, de questões para a caracterização dos profissionais. A idade como fator influenciador na percepção da dor pelo profissional de saúde ainda é um tema controverso (BALDA et al., 2000). Alguns estudos relatam que o julgamento feito por profissionais de saúde acerca da presença de dor em crianças diminui (DUDLEY; HOLM, 1984; RIAÑO et al., 1999) ou, em outros trabalhos, aumenta (PORTER et al., 1997; SALANTERÄ; LAURI, 2000; PÖLKKI et al., 2003; HE et al., 2006) com o avanço da idade do observador. Mas a maioria dos estudos não encontra influência da idade do observador em relação à acurácia da avaliação da dor em pacientes adultos ou pediátricos (MASON, 1981; MARGOLIUS; HUDSON; MICHEL, 1995; SHEINER et al., 1999; BALDA et al., 2000). No presente estudo a idade média dos profissionais participantes foi de 33, 31,2, 39,3 e 42,7 anos, entre as enfermeiras, fisioterapeutas, pediatras e médicos de outras especialidades respectivamente (Tabelas 1, 4 e 7). Quando correlacionada a idade e as respostas relativas ao conhecimento e manejo da dor no neonato, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas. No estudo realizado em Hospital de Ensino de São José do Rio Preto, com 39 profissionais de enfermagem, a média de idade foi de 33 anos (GUIMARÃES; VIEIRA, 2008). Em estudo qualitativo realizado com quatorze enfermeiras e doze médicos que atuavam em UTI neonatais, observou-se média de idade de 41 anos, bastante parecida com a média da população dessa pesquisa (CALASANS; 2006).

A maioria dos indivíduos era católica e casada, com exceção das fisioterapeutas que na sua maioria eram solteiras. Com relação ao gênero, todas as enfermeiras e fisioterapeutas eram do sexo feminino, assemelhando-se às pesquisas nacionais e internacionais, onde também tem sido evidenciado o predomínio de mulheres entre tais profissionais (CIGNACCO et al., 2008; GUIMARÃES; VIEIRA, 2008). Quanto aos médicos, houve predomínio do sexo feminino entre os pediatras (78,6%) contrariamente aos médicos de outras especialidades (38,7%) (Tabela 7). Em estudo realizado por Chermont (2001), em cidade do norte do Brasil,

com 104 pediatras, foram encontrados dados semelhantes em relação à religião, estado civil e sexo. Há maior predomínio de indivíduos do sexo feminino nas especialidades que se ocupam com o cuidado de crianças e mulheres (FIORE; YAZIGI, 2005). Além disso, estudos demonstram que as mulheres possuem maior sensibilidade no reconhecimento do estímulo doloroso, bem como na avaliação da dor (ROBINSON; WISE, 2004; HOBARA, 2005). Entretanto, Balda (2001), com o intuito de conhecer quais as variáveis que poderiam influenciar no reconhecimento da dor nos neonatos, observou que os homens reconhecem mais a mímica facial de dor do RN a termo do que as mulheres.

Estudos foram realizados com o intuito de relacionar o tempo de experiência do profissional com a melhoria na forma de atuar frente às situações dolorosas, entretanto tal assunto ainda é bastante controverso. Enquanto alguns estudos demonstram efeito positivo em relação ao tempo de experiência no manejo da dor do recém-nascido (SALANTERÄ; LAURI, 2000; PÖLKKI, et al, 2003; HE et al., 2006), outros referem efeito inverso (MASON, 1981; CRAIG, 1995; SALANTERA, 1999; CHERMONT, 2001; BREAU et al., 2006; WILSON; MCSHERRY, 2006). E ainda, há estudos que demonstram que tais variáveis não exercem nenhuma influência na interpretação da dor pelo profissional de saúde (DUDLEY; HOLM, 1984; BUROKAS, 1985; BREAU et al, 2006).

Quanto ao tempo de formado e o tempo de experiência das enfermeiras nas unidades neonatais, observou-se neste estudo que aproximaram-se bastante do tempo encontrado no estudo realizado por Guimarães e Vieira (2008), em média, 9,5 anos de formado e seis meses a 28 anos de atuação nas UTI, e 9,9 anos de formadas e o tempo de atuação de dois meses a vinte anos, respectivamente.

Com relação às fisioterapeutas, foi observado tempo médio menor de formação profissional (8,5 anos) do que em estudo realizado com 35 enfermeiras, 29 médicos e dezessete fisioterapeutas de hospitais de Salvador (CALASANS; KRAYCHETTE, 2002). Observou-se também que o tempo de experiência mostrou-se menor que no estudo realizado por Gaiva e Dias (2002).

Quanto aos médicos, não houve diferença no tempo de formado entre as duas categorias, sendo superior a quinze anos. No estudo de 2001 realizado por Chermont, foi encontrado um tempo médio de formado de doze anos entre os pediatras. Neste estudo, o tempo de experiência foi maior entre os especialistas, com diferença estatisticamente significativa em relação aos pediatras ($p=0,0000$) (Tabela 7). Apesar dos médicos especialistas possuírem maior tempo de experiência com recém-nascidos nas UTI neonatais, eles

frequentam as unidades esporadicamente apenas para prestar interconsultas, enquanto os pediatras estão em contato diário com os bebês.

Apenas 32% das enfermeiras e 18,1% das fisioterapeutas possuíam especialização na área de neonatologia. Quanto às fisioterapeutas pode-se observar que tais profissionais habitualmente cursam especialização em fisioterapia respiratória, o que foi relatado pela maioria das profissionais. Com relação aos médicos, a maioria possuía título de especialista na área em que atuavam.

Todos os entrevistados foram unânimes em afirmar que o RN é capaz de sentir dor (Tabelas 2, 5 e 8), fato este observado em diversas pesquisas nacionais e internacionais (De LIMA et al., 1996; CHERMONT et al., 2003; CALASANS, 2006; SOUSA et al., 2006; DINIZ, 2008; MAIA, 2009). Estudo realizado por Salantera (1999) com enfermeiras que trabalhavam em unidades neonatais constatou que 13% das entrevistadas achavam que o recém-nascido fosse capaz de tolerar a dor melhor que uma pessoa na fase adulta. Estudo realizado na década de 1980, com anestesistas, mostrou que apenas 80% acreditavam que o RN fosse capaz de sentir dor e a minoria (18%) utilizava medidas farmacológicas que pudessem aliviar a dor no neonato após procedimentos dolorosos (PURCELL-JONE; DORMON; SUMNER, 1988). Observa-se que com o avançar das pesquisas, o conhecimento da fisiopatologia da dor, após a década de 1980, os profissionais passaram a reconhecer melhor a existência da dor no período neonatal. Pôde-se observar através de pesquisa realizada na década seguinte que a opinião dos médicos anestesistas apresentou mudança, todos referiram acreditar que o neonato sente dor e 92% referiram utilizar analgesia no pós-operatório (De LIMA et al., 1996).

Com relação ao conhecimento de escalas para a avaliação da dor no RN, a maioria das enfermeiras, das fisioterapeutas e dos médicos pediatras relatou conhecimento de alguma escala (Tabelas 2, 5 e 8). Estudo realizado, em 2006, com enfermeiras que trabalhavam com recém-nascidos de risco internados em unidades neonatais, observou-se que apenas um quarto delas referiram ter conhecimento sobre algum tipo de escala para avaliação da dor em neonatos (SOUSA et al., 2006). Os pediatras mostraram maior conhecimento em relação aos médicos de outras especialidades ($p=0,0000$). Os pediatras apresentaram maior conhecimento, provavelmente, por estarem diariamente inseridos no ambiente da UTI, lidando com RN, observando suas modificações comportamentais e fisiológicas frente ao estímulo doloroso, o que pode levá-los a buscar o conhecimento de maneiras de avaliação da dor no período neonatal. Além disso, por serem pediatras e neonatologistas, estão em frequente contato com pesquisas e com palestras a respeito do assunto, chamando atenção para a importância da

avaliação da dor e seu manejo. Em estudo realizado com pediatras que atuavam em sete unidades de terapia intensiva e quatorze berçários, mostrou que apenas um terço dos entrevistados conhecia algum instrumento para avaliação da dor no neonato (CHERMONT et al., 2003). Calasans (2006) observou, em sua pesquisa, que, apesar da maioria dos profissionais entrevistados (enfermeiros e médicos pediatras) conhecerem escalas de avaliação da dor, menos de um quinto referiu a utilização delas.

Avaliar a dor no período neonatal não é uma tarefa muito fácil, devido principalmente à subjetividade, para tanto foram criadas as escalas de avaliação da dor, mas observa-se que tais métodos são pouco utilizados na prática clínica (DINIZ, 2008). Diversos fatores contribuem para que a avaliação não ocorra de forma efetiva e por meios mais precisos como as escalas de avaliação, entre os quais pode-se citar a falta de conhecimento, o excesso de trabalho, falta de treinamento, dificuldade de interação entre a equipe médica e de enfermagem, dificuldade de comunicação com um ser pré-verbal, falta de recursos, sentimento de ambivalência em relação ao uso de medicações (VIANA; DUPAS; PEDREIRA, 2006).

Salantera (1999), em seu estudo refere que atitudes, crenças e a cultura em que a enfermeira está inserida podem influenciar diretamente na avaliação e alívio da dor. Outro estudo também realizado com enfermeiras mostrou que as experiências pessoais com a dor sofrida pela profissional, ou por seu filho, aumentam consideravelmente a percepção da dor e, conseqüentemente, a administração de analgésicos nos recém-nascidos (MERKEL; MALVIYA, 2000).

Fazendo-se correlações entre os dados demográficos e dados específicos sobre o conhecimento e manejo da dor no recém-nascido pelas enfermeiras, houve correlação entre o tempo de experiência profissional e o conhecimento das escalas de avaliação da dor, mostrando que quanto maior o tempo de experiência, menor o seu conhecimento em relação às estas escalas ($r = -0,491$; $p = 0,020$) e que quanto maior o tempo de experiência profissional, menos os profissionais tratam a dor no recém-nascido ($r = -0,564$; $p = 0,006$).

Diferentemente das crianças maiores e dos adultos, o recém-nascido expressa a sensação dolorosa por meio de alterações comportamentais e fisiológicas (GUINSBURG, 1999b). As alterações comportamentais, como a mímica facial, o choro, agitação motora, entre outros, parecem ser medidas mais adequadas para a avaliação da dor no período neonatal, uma vez que as alterações fisiológicas mostraram-se menos específicas, não podendo ser usadas de forma isolada para avaliar se bebê está ou não sentindo dor (GAIVA, 2001; GUINSBURG, 2006; DINIZ, 2008; WHALEY; WONG, 2006). O RN pode apresentar

alterações na frequência cardíaca, na frequência respiratória, na saturação de oxigênio, entre outras, quando está recebendo estímulo desagradável, mas não doloroso (ANAND; HICKEY, 1987; GUINSBURG, 2006). Quando indagados quanto aos dados avaliados nas escalas, a mímica facial foi o mais citado por todos os entrevistados. Segundo Guinsburg e colaboradores (1997), as alterações da mímica facial constituem uma das respostas comportamentais fundamentais após o estímulo doloroso, tanto em termos de especificidade como de sensibilidade. Grunau e Craig (1987) constataram que 88% dos observadores concordaram que a mímica facial é uma resposta específica à dor em neonatos submetidos à punção capilar e avaliados por meio de imagens de vídeo.

Quando perguntado se os profissionais de saúde conheciam as alterações que o neonato pode apresentar frente à dor, a maioria dos entrevistados respondeu que sim, sendo a frequência cardíaca a alteração mais citada (Tabelas 2, 5 e 8). Em dissonância com esse estudo, Guimarães e Vieira (2008), em estudo realizado com profissionais de enfermagem, observaram que a maioria das enfermeiras optou pelas alterações comportamentais como sendo o melhor método para reconhecer que o neonato está sentindo dor, o que também foi relatado por outros autores (HOWARD; THURBER, 1998; REICHERT; SILVA; OLIVEIRA, 2000; GAIVA; DIAS, 2002; SCOCHI et al., 2006).

Quanto aos médicos, os dados encontrados neste estudo estão em concordância com estudo realizado por Franck (1989) que constatou que os médicos das unidades neonatais preferem os parâmetros fisiológicos para a avaliação da dor por apresentarem maior objetividade, enquanto as enfermeiras optam pelos parâmetros comportamentais.

Quando realizados testes de correlação entre os dados demográficos e dados específicos sobre o conhecimento e manejo da dor nos recém-nascidos pelos profissionais médicos, não se constatou correlação entre os dados dos médicos pediatras, enquanto os dados correlacionados dos médicos de outras especialidades mostraram que quanto maior o tempo de experiência profissional, mais os entrevistados conhecem as alterações que o recém-nascidos apresenta frente à dor ($r = 0,368$; $p = 0,042$) e quanto maior o tempo de trabalho nas unidades neonatais, maior também o conhecimento das alterações que o recém-nascido apresenta frente ao estímulo doloroso ($r = 0,427$; $p = 0,016$). Em estudo realizado por Balda e colaboradores (2009), com o objetivo de avaliar quais fatores relacionados ao observador adulto (profissionais de saúde e pais de bebês internados nas unidades neonatais) interferem no reconhecimento da expressão facial de dor no recém-nascido, observou que quanto maior o grau de instrução do profissional de saúde, mais apurado foi o reconhecimento da mímica facial de dor, enquanto para os pais, observou-se o contrário.

Com relação à prevenção da dor no período neonatal, o item mais citado pelas enfermeiras e fisioterapeutas foi o de aconchegar o recém-nascido (Tabelas 2, 5 e 8). Tal medida é citada por outros estudos, com forma de acalmar o bebê e diminuir sua dor e o estresse frente a estímulos dolorosos (ELER; JAQUES, 2006; NÓBREGA; SAKAI; KREBS, 2007).

O posicionamento do neonato com colchões, cobertas, mantendo as extremidades flexionadas e segurar o neonato, permitem que o bebê diminua o estresse e a hiperatividade, entretanto não parecem possuir atividade analgésica intrínseca (GUINSBURG, 2001a; CARBAJAL, 2005). Estudo realizado por Falcão e Silva (2008), com o objetivo de avaliar o efeito da contenção durante o procedimento de aspiração de secreção traqueal, através do Sistema de Codificação Facial (NFCS), demonstrou que a contenção do bebê durante a aspiração traqueal promoveu estabilização clínica e redução da dor. Para Gremmo e colaboradores (1994) o toque firme pode oferecer uma interação social positiva acalmando o bebê, além disso, uma posição flexionada pode encorajar os comportamentos autoconfortadores, como o levar a mão à boca. Dominguez e Komiyama (1998) relatam que em um estudo realizado com bebês em ventilação mecânica, verificou-se que a simples colocação das mãos sobre o abdome e a cabeça do bebê proporcionou melhora nas respostas da atividade motora e interferiu no período de duração da ventilação mecânica, reduzindo o período de entubação.

A medida mais citada pelos pediatras e médicos de outras especialidades para a prevenção da dor no recém-nascido foi o uso de medidas farmacológicas (Tabela 8). Entretanto, vários estudos referem que a prevenção e o tratamento da dor no período neonatal podem ser feitos por meio de medidas não-farmacológicas (ZACONETA, 2005; GASPARD, 2006; VIVANCOS, 2008). Tais medidas englobam a diminuição de estímulos ambientais, como ruídos, barulhos, luminosidade, manipulação mínima do RN, posicionamento do bebê em coxins com membros flexionados, agrupamento dos cuidados, diminuição de esparadrapos e fitas sobre a pele dos RN, uso de sucção não nutritiva, uso de glicose oral, sucção ao seio materno e promoção do contato pele a pele com os pais (SILVA et al., 2007). Nesse estudo essas medidas foram referidas em maior número pelos pediatras do que pelos médicos de outras especialidades (Tabela 8).

A utilização da sucção não-nutritiva pode ser feita durante pequenos procedimentos, como punção capilar, e segundo Guinsburg (1999a) inibe a hiperatividade e o desconforto durante os procedimentos dolorosos, diminuindo as alterações comportamentais e

fisiológicas. Entretanto, assim como o posicionamento do bebê, a sucção não-nutritiva não possui propriedades analgésicas intrínsecas e funciona como um coadjuvante para o tratamento da dor. Gunnar e colaboradores (1984), em estudo caso-controle, estudaram os efeitos da sucção não-nutritiva no comportamento de dezoito bebês submetidos a circuncisão entre o segundo e quinto dia de vida. Observou-se que o grupo que sugou a chupeta chorou cerca de 35% menos, durante o procedimento, do que o grupo controle. Tamez e Silva (2006) demonstraram que oferecer chupeta ou dedo enluvado para o recém-nascido durante a realização de procedimentos dolorosos minimiza a intensidade e a duração da dor. Stevens e colaboradores (2004), também mostraram redução significativa dos indicadores de dor quando a glicose foi usada como analgésico em bebês submetidos a coleta de sangue, mostrando redução do tempo total do choro. Entretanto, Kass e Holman (2001) mostraram que a administração da solução de glicose não foi efetiva durante pequenos procedimentos cirúrgicos. Em 2001, Guinsburg (2001a) afirmou que ainda não se sabia se o efeito analgésico da água com açúcar era reduzido com uso repetitivo devido a diferentes níveis de tolerância do bebê, entretanto em 2004, Eriksson e Finnstrom (2004) não observaram tolerância às doses repetitivas de glicose o que não diminuía o efeito de alívio da dor.

Com relação à sucção ao seio materno, estudo de revisão realizado com o objetivo de 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, mostrou que há eficácia da amamentação no alívio da dor aguda, porém percebeu-se a necessidade de estudos que avaliem o efeito da amamentação antes do procedimento doloroso, até a recuperação (LEITE; CASTRAL; SCOCHI, 2006). Outro estudo realizado por Leite e colaboradores (2009) com o intuito de investigar a efetividade da amamentação na diminuição da dor durante a coleta do teste do pezinho, mostrou resultado positivo da amamentação na diminuição do processo doloroso durante tal procedimento.

Estudo realizado em duas maternidades da Jordânia observou que a amamentação e o contato pele a pele entre o bebê e a mãe, durante a imunização, reduziu significativamente o choro (RAZEK; EL-DEIN, 2009). Estudos também salientam que esse contato pele a pele entre mãe e filho, enquanto submetido a procedimentos dolorosos agudos, diminuem a dor quando se observam as expressões faciais e o choro do bebê (GUINSBURG, 2001a; CARBAJAL, 2005).

Com relação ao tratamento da dor no neonato, mais da metade das enfermeiras disseram utilizar medidas farmacológicas prescritas pelo médico (Tabela 2). Em estudo qualitativo realizado em duas unidades neonatais de Salvador, observou-se que os enfermeiros

estabeleceram uma comunicação com os profissionais médicos buscando confirmar seus achados a respeito da dor nos bebês ou com o intuito de que fossem prescritas medicações analgésicas (CALASANS, 2006).

Quanto à utilização de analgesia em procedimentos dolorosos realizados nas unidades neonatais, as enfermeiras, na maioria das vezes, optaram por métodos não-farmacológicos para o tratamento da dor nos bebês submetidos a procedimentos potencialmente dolorosos (Tabela 3). Estudo qualitativo com enfermeiros demonstrou haver discordância entre as afirmações do profissional quanto ao manejo de dor de crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos e as ações na prática de rotina. A explicação para essa lacuna pode dever-se ao conhecimento insuficiente quanto ao manejo da dor ou a falhas na incorporação da teoria na prática diária dos profissionais de saúde (LANDER, 1990; CHERMONT et al., 2003; WILSON; MCSHERRY, 2006; HENNIG; GOMES; GIANINI, 2006).

Com relação à punção venosa, a maioria (90,9%) das profissionais referiu utilizar medidas para aliviar a dor nos neonatos, entre as quais aconchegar o bebê e usar glicose oral; foram citadas nove vezes cada uma. Durante a punção de calcanhar, a minoria (31,8%) dos profissionais referiu utilizar alguma medida, citando novamente o uso da glicose oral e da sucção não-nutritiva. Já nos recém-nascidos em ventilação mecânica, apenas duas profissionais não admitiram utilizar medidas farmacológicas. Além disso, em todos os procedimentos como dissecções venosas realizadas pelos cirurgiões, colocação de dreno torácico, recém-nascido em pós-operatório imediato de cirurgia, requerendo ou não ventilação mecânica, as enfermeiras afirmaram realizarem procedimentos para o alívio da dor ou solicitarem aos médicos que fossem prescritas medicações analgésicas (Tabela 3). Enfermeiras londrinas foram avaliadas por meio de questionários em estudo realizado no ano de 2006, e relataram não utilizar escalas como métodos de avaliação da dor no recém-nascido; além disso, a maioria referiu a não utilização de medidas analgésicas para a realização de procedimentos sabidamente dolorosos, com exceção da drenagem torácica, circuncisão e entubação orotraqueal (DODDS, 2003).

Já as fisioterapeutas citaram mais uma vez o aconchego do recém-nascido como sendo a medida mais utilizada para tratar a dor nos bebês (Tabela 5). Ao serem questionadas se durante a realização de algum procedimento fisioterápico doloroso realizavam algum procedimento para o alívio da dor, a maioria disse que sim, assim como admitiram solicitar que fosse prescrita alguma medicação para a analgesia do neonato. Vários são os procedimentos dolorosos realizados por estas profissionais. Um estudo realizado na Santa Casa de Misericórdia do Pará, com o intuito de avaliar, por meio de escalas de avaliação da

dor, se os neonatos sentiam dor durante dois procedimentos fisioterápicos (estimulação diafragmática manual e vibrocompressão torácica manual), constatou que os escores das escalas de avaliação mostraram que os recém-nascidos sentiram dor durante os dois procedimentos realizados (FALCÃO et al., 2007).

Estudo realizado por Nicolau e colaboradores (2008), com o objetivo de avaliar a presença de dor durante a fisioterapia respiratória em prematuros submetidos à ventilação mecânica, concluiu que a fisioterapia respiratória não foi desencadeante de estímulos dolorosos, entretanto o procedimento de aspiração, por ser invasivo, mostrou-se potencialmente doloroso, devendo ser realizado somente quando estritamente necessário.

A maioria dos médicos pediatras e de outras especialidades disse tratar a dor do recém-nascido utilizando medidas farmacológicas, sendo a prescrição dos opióides (fentanil) a mais utilizada, o que também foi encontrado em outros estudos (CHERMONT, 2001; TAYLOR et al., 2006; MAIA, 2009). O fentanil é a principal droga da classe dos opióides que é utilizada em unidades neonatais (OLIVEIRA, 2008) (Tabela 9).

Quando discriminados os procedimentos potencialmente dolorosos e seu tratamento, foi observado que em nenhum procedimento havia referência de analgesia por 100% dos pediatras (Tabela 10). Nas punções venosa, lombar e de calcânhar, menos de 50% dos entrevistados referiram utilizar alguma medida para o alívio da dor; o uso da glicose oral foi a medida referida. Nas disseções venosas, drenagem torácica e no pós-operatório imediato com ou sem suporte ventilatório, de 89% a 98% dos pediatras referiram uso de medidas de analgésicas; sendo a utilização dos opióides a mais citada. Em estudo realizado com pediatras da cidade de Belém (CHERMONT, 2001), constatou-se uma baixa utilização dessas medidas, inclusive em porcentagens menores que no presente estudo. Menos de 10% utilizavam analgesia para punções venosas e capilares, 30 a 40% empregavam analgesia nas punções lombares, dissecações venosas, drenagem de tórax e ventilação mecânica. Em estudo qualitativo realizado por Henning e colaboradores (2006), constatou que apenas 17% dos entrevistados relataram utilizar medidas farmacológicas durante os procedimentos de punção lombar, drenagem torácica, dissecações venosas, pós-operatório dolorosos, entre outros.

O medo em prescrever fentanil ou morfina foi relatado por mais da metade dos pediatras (55,4%); tal sentimento deve-se mediante na maioria das vezes, a possibilidade do bebê apresentar depressão respiratória (Tabela 11). Estudos relatam que os profissionais conhecem pouco a respeito de uso de medicamentos analgésicos e sedativos em neonatologia, mesmo diante do grande número de procedimentos dolorosos realizados nas unidades neonatais (SALANTERA, 1999; SIMONS et al., 2003). Além disso, os efeitos colaterais dos

opióides ainda não estão bem esclarecidos (PERLMAN, 2005). Alguns estudos mostraram que a utilização desses medicamentos por longos períodos pode causar hipotensão, depressão respiratória, rigidez na musculatura e hipotermia (ANAND, 2001).

Os profissionais de saúde têm demonstrado que as medidas farmacológicas deveriam ser usadas com mais frequência nas unidades neonatais (PORTER, et al., 1997; ANDERSEN; GREVE-ISDAHL; JYLLI, 2007). Portanto, percebe-se que há uma grande lacuna entre o conhecimento e a prática dos profissionais de saúde em relação à prevenção, ao manejo e ao tratamento da dor na fase neonatal, o que pode ser explicado pela falta de incorporação dos conhecimentos teóricos à prática diária de trabalho nas unidades neonatais (GUINSBURG; 1999a; CHERMONT et al., 2003; DIHLE; BJØLSETH; HELSETH, 2006).

A equipe de saúde é responsável pelos cuidados prestados aos bebês internados nas unidades neonatais, portanto, é de suma importância que esses profissionais estejam devidamente treinados para prevenir, avaliar e tratar a dor nesses pacientes, aplicando seus conhecimentos na prática diária, não só por uma questão de dever, mas também de amor, ética e atenção humanizada.

6 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos nessa pesquisa, sobre como os profissionais de saúde que atuam nas unidades neonatais dos Hospitais Universitários das Universidades Federais do Estado de Minas Gerais compreendem a questão da dor, sua interpretação e manejo, pode-se concluir que:

1. 100% dos médicos pediatras e de outras especialidades, enfermeiros e fisioterapeutas acreditam que o recém-nascido seja capaz de sentir dor.

2. Pediatras, enfermeiras e fisioterapeutas que atuam nas unidades neonatais em sua maioria conhecem escalas de avaliação da dor.

3. 100% dos pediatras conhecem as alterações que o neonato pode apresentar frente ao estímulo doloroso, sendo a mímica facial a alteração mais citada por todas as categorias profissionais entrevistadas.

4. Quanto à utilização de medidas para prevenir a dor no recém-nascido, a totalidade das enfermeiras e a maioria das fisioterapeutas, pediatras e médicos de outras especialidades referiu utilizá-las. Entre as enfermeiras e fisioterapeutas a medida mais utilizada foi o aconchego ao recém-nascido. E entre os médicos as medidas farmacológicas.

5. 100% das enfermeiras e dos pediatras relataram tratar a dor do recém-nascido.

6. A maioria dos médicos relatou a utilização de medidas farmacológicas para tratar a dor, sendo os opióides (fentanil) o tratamento mais utilizado.

7. A maioria das enfermeiras relatou a realização de medidas para o alívio da dor ou a solicitação de prescrição de medicações nos procedimentos dolorosos.

Como os dados desse estudo foram obtidos por meio de entrevistas, a prática efetiva nas unidades pode não corresponder exatamente aos resultados encontrados. Para que não haja lacunas entre o conhecimento teórico e a prática, garantindo qualidade na assistência ao recém-nascido doente, faz-se necessária a implementação de rotinas e protocolos para avaliação e tratamento da dor, assim como o treinamento e a capacitação dos profissionais de saúde garantindo uma atenção mais humanizada, respeitando os princípios éticos e legais do cuidado ao ser humano.

REFERÊNCIAS

ACHARYA, A. B. et al. Oral sucrose analgesia for preterm infant venepuncture. **Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal edition**, London, v.89, p. 17-18, abr. 2004.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS; CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY. Prevention and management of pain in the neonate: an update. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 118, p. 2231-2241, nov. 2006.

ANAND, K. J.S.; DPHILL, M. B. B. S.; INTERNATIONAL EVIDENCE-BASED GROUP FOR NEONATAL PAIN. Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn. **Archives of pediatrics and adolescent medicine**, Chicago, v. 155, p. 173-180. 2001.

ANAND, K. J. S.; HICKEY, P. R. Pain and its effects in the human neonate and fetus. **New England Journal of Medicine**, Waltham, v. 317, p. 1321-1329, 1987.

ANAND, J. Consensus statement for the prevention and management of pain in newborn. **Archives of pediatrics and adolescent medicine**, Chicago, v. 155, p.173-180, abr. 2001.

ANDERSEN, R. D.; GREVE-ISDAHL, M.; JYLLI, L. The opinion of clinical staff regarding neonatal procedural pain in two Norwegian neonatal intensive care units. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 9, n. 3, p. 1000-1003, set. 2007.

BALDA, R. C. X. et al. The recognition of facial expression of pain in full-term newborns by parents and health professionals. **Archives of pediatrics and adolescent medicine**, Chicago, v. 154, n. 10, p. 1009-1016, out. 2000.

BALDA, R. C. X. **Fatores que interferem na comunicação da dor entre o recém-nascido e o adulto que o observa**: Influencia das características pessoais e profissionais do observador. 2001. Tese (Doutorado)-Universidade Federal de São Paulo; São Paulo, 2001.

BALDA, R. C. X. et al. Fatores que interferem no reconhecimento por adultos da expressão facial de dor no recém-nascido. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 160-167, 2009.

BALDA, R. C. X; GUINSBURG R. Avaliação da dor no período neonatal. In: KOPELMAN B. I. et al. **Diagnóstico e tratamento em neonatologia**. São Paulo: Atheneu, 2004, p. 577-593.

BARKER, D. P.; RUTTER, N. Exposure to invasive procedures in neonatal intensive care unit admission. **Archives of Disease in Childhood**, London, v. 72, p. 47-48, 1995.

BERGQVIST, L.L., et al. Seeing through the blind! Ability of hospital staff to differentiate morphine from placebo, in neonates at a placebo controlled trial. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 96, n. 7, p.1004-1007, jul. 2007.

BLASS, E. M.; WATTS L. B. Suckling – and sucrose-induced analgesia in human newborns. **Pain**, Amsterdam, v. 83, n. 3, p. 611-623, dez. 1999.

BLASS, E. M.; HOFFEMEYER, L. B. Sucrose as an analgesic for newborn infants. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 81, p. 215-218, nov. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso**. Secretaria de Políticas de Saúde, Área da Saúde da Criança, 2002. Brasília, DF, 2002.

BREAU, L. M. et al. Judgments of pain in the neonatal intensive care setting: a survey of direct care staffs' perceptions of pain in infants at risk for neurological impairment. **The Clinical Journal of Pain**, New York, v.22, n.2, fev. 2006.

BUROKAS, L. Factors affecting nurses' decisions to medicate pediatric patients after surgery. **Heart and Lung**, Saint Louis, v. 14, p. 373-379, 1985.

CALASANS, M. T. A. **A dor do recém-nascido no cotidiano da unidade de terapia intensiva neonatal**. 2006. 86f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

CALASANS, M. T. A.; KRAYCHETTE, D. C. **Dor do recém-nascido: um desafio**. São Paulo, 2002. Disponível em:
<<http://www.iacat.com/revista/recerearte/recrearte04/seccion6/dolor%20de%nacido.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2009.

CARBAJAL, R. Nonpharmacologic management of pain in neonates. **Archives Paediatrica**, Amsterdam, v.12, p. 110-116, 2005.

CASTRAL, T. C. et al. The effects of skin-to-skin contact during acute pain in preterm newborns. **European Journal of Pain**, [s.l.] v.12, n. 4, p. 464-471, mai. 2008.

CASTRO, M. C. F. Z. et al. Perfil da indicação de analgésicos opóides em recém-nascidos em ventilação pulmonar mecânica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n.1, p. 41-48, 2003.

CHAVES, L. D.; LEÃO, E. R. **Dor: 5º sinal vital**. Reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba, 2004.

CHERMONT, A. G. et al. O que os pediatras conhecem sobre avaliação e tratamento da dor no recém-nascido? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 3, p. 265-72, mai/jun. 2003.

CHERMONT, A. G. **Conhecimentos sobre avaliação e tratamento da dor por pediatras que atuam em Belém (PA)**. 2001. 75f. Dissertação (Mestrado em Pediatria) Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001.

CIGNACCO, E. et al. Routine procedures in NICUs: factors influencing pain assessment and ranking by pain intensity. **Swiss Medical Weekly**, v. 138, n. 33-34, p. 484-491, mai. 2008.

CORREIA, L. L.; LINHARES, M. B. Assesment of the behavior of children in painful situations: literature review. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 6, p. 477-486, 2008.

CRAIG, K. D. Emotional aspects of pain. In: WALL P. D, MELZACK R. **Textbook of Pain**. London : Churchill Livingstone, 1995, p. 261, 274.

CRAIG, K.D. et al. Pain in the preterm neonate: behavioural and physiological indices. **Pain**, Amsterdam, v. 52, n. 3, p. 287-99, mar. 1993.

DE LIMA, J. et al. Infant and neonatal pain: anesthesists' perceptions and prescribing patterns. 1996. Disponível em: < <http://www.bmj.com/cgi/content/full/313/7060/787>>. Acesso em: 22 de jan. 2008.

DIHLE, A.; BJØLSETH, G.; HELSETH, S. The gap between saying and doing in postoperative pain management. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 15, n. 4, p. 469-479, abr. 2006.

DINIZ, K. D. **Atuação dos técnicos de enfermagem junto ao recém-nascido com dor em uma unidade de tratamento intensivo neonatal**. 2008. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

DODDS, E. Neonatal procedural pain: a survey of nursing staff. **Pediatric Nursing**, Pitman, v. 15, n. 5, p.18-21, jun. 2003.

DOMINGUEZ, S. S.; KOMIYAMA, S. Cuidados fisioterápicos ao recém-nascido em ventilação mecânica. In: KOPELMAN, B. I.; MIYOSHI, M. H.; GUINSBURG, R. **Distúrbios respiratórios no período neonatal**. São Paulo: Atheneu.1998, p. 527-541.

DUDLEY S. R.; HOLM K. Assessment of pain experience in relation to selected nurse characteristics. **Pain**, Amsterdam, v. 18, p. 179-186, 1984.

DUHN, L. J.; MEDVEZ, J. M. A systematic integrative review of infant pain assessment tolls. **Advances in Neonatal Care**. Philadelphia, n. 4, v. 3, p. 126-140, 2004.

DUNCAN, H. P.; ZURICK, N. J.; WOLF, A. R. Should we reconsider awake neonatal intubation? A review of the evidence and treatment strategies. **Paediatric Anaesthesia**, Paris, v. 11, p. 135-145, 2001.

ELER, G. J.; JAQUES, A. E. O enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor. **Arquivos de Ciência da Saúde da Unipar**, Umuarama, v. 10, n. 3, p. 185-190, set./dez. 2006.

ERIKSSON, M.; FINNSTROM, O. Can daily repeated doses of orally administered glucose induce tolerance when given for neonatal pain relief? **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 93, n. 2, p. 246-249, fev. 2004.

FALCÃO, F. R. C.; SILVA, M. A. B. Contenção durante a aspiração traqueal em recém-nascidos. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v.7, n.2, p.123-131, mai./ago. 2008.

FALCÃO, L. M. et al. Avaliação da dor em recém-nascidos com distúrbios respiratórios submetidos a procedimentos fisioterapêuticos de rotina. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 25. n. 1, p. 53-58, 2007.

IORE, M. L. M.; YAZIGI, L. Especialidades médicas: estudo psicossocial. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 200-206, 2005.

FITZGERALD, M. The development of nociceptive circuits. **Nat. Revision Neuroscience**. v. 6, p. 507-520, 2005.

FRANCK L. S. Pain in the nonverbal patient: advocating for the critically ill neonate. **Pediatric Nursing**, Pitman, v.15, n. 1, p. 65-68, jan/fev 1989.

GAIVA, M. A. M.; DIAS, N. da S. Dor no recém-nascido: percepção de profissionais de saúde de um hospital universitário. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.21, n.3, p. 234-239, set/dez. 2002.

GAIVA, M. A. M. **Dor no recém-nascido**: prática e conhecimentos atuais. *Pediatrics Moderna*. v. 37, n.5, 2001, p.155-165.

GALLO, A. M. The fifth sign: Implementation of the Neonatal Infant Pain Scale. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**. New York, v. 32, p. 199-206, 2003.

GASPARDO C, LINHARES M. B. M, MARTINEZ F. E. A Eficácia da Sacarose no Alívio de Dor em Neonatos: revisão sistemática da literatura. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 6, p. 435-442, dez. 2005.

GASPARDO, C. M. **Dor em neonatos pré-termo em unidade de terapia intensiva neonatal: avaliação e intervenção com sacarose**. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas)-Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade Federal de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

GHARAVI, B. et al. Pain management and the effect of guidelines in neonatal units in Austria, Germany and Switzerland. **Pediatrics Internacional**, v. 49, n. 5, p. 652-658, out. 2007.

GOLIANU B. et al. Pediatric acute pain management. **The Pediatric clinics of North America**, v. 47, n. 3. p. 589-599, jun. 2000.

GREMMO, M. et al. An abilitative approach to the premature infant in neonatal intensive care unit (NICU). **Journal of Perinatal Medicine**, Berlin, v. 22, p. 102-105, 1994.

GRUNAU, R. E.; HOLSTI, L.; PETERS, J. W. B. Long-term consequences of pain in human neonates. **Seminars in Fetal and Neonatal Medicine**, New York, v. 11, p. 268-275, 2006.

GRUNAU; R. V. E.; CRAIG; K. D. Pain expression in neonates: facial action and cry. **Pain**, Amsterdam, v.28; n. 3, p.395-410, mar. 1987.

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

GUINSBURG R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.75, n. 3, p. 149-160, 1999b.

GUINSBURG, R. Dor no recém-nascido. In: PROCIANOY, R. A.; LEONE, C. R. **Programa de atualização em neonatologia (PRORN)**. Porto Alegre: Panamericana, 2006. p.9-46.

GUINSBURG, R. A dor que não fala. 2001. Tese (Livre docência)-Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001b.

GUINSBURG, R. **A linguagem da dor no recém-nascido**. São Paulo, 1999a. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/img/documentos/doc_linguagem_bebes.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2007.

GUINSBURG, R. Dor no recém-nascido. In: RUGOLO, L. **Manual de neonatologia**.. São Paulo: Revinter, 2000. p. 63-69.

GUINSBURG, R. et al. Aplicação das escalas comportamentais para avaliação da dor em recém-nascidos. **Jornal de Pediatria** , Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 411-418, 1997.

GUINSBURG, R. Roteiro prático para a avaliação e tratamento da dor no período neonatal. In: FILHO, N. A.; FILHO, O. T. **Clínica de Perinatologia: recentes avanços em neonatologia**. Rio de Janeiro: Medsi, 2001a, p. 371-383.

GUNNAR, M.R.; FISCH, R.O.; MALONE, S. The effects of pacifying stimuli in behavioral and adrenocortical responses to circumcision. **Journal of the American Academy of Child Psychiatry**. p. 23:34, 1984.

HE H. G. et al. Chinese parent's use of nonpharmacological methods in children's postoperative pain relief. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Oxford, v. 20, n. 1, p. 2-9, mar. 2006.

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". **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 4, p. 427-435, fev. 2006.

HOBARA M. Beliefs about appropriate pain behavior: cross cultural and sex differences between Japanese and Euro-Americans. **European Journal of Pain**, [s.l], v. 9, n. 4, p. 389-393, ago. 2005.

HOLSTI, L. et al. Body Movements: An important additional factor in discriminating pain from stress in preterm infants. **The Clinical Journal of Pain**, New York, v. 21, n. 6, nov/dez, 2005.

HOWARD VA, THURBER FW. The interpretation of infant pain: physiological and behavioral indicators used by NICU nurses. **Journal of Pediatric Nursing**, Philadelphia, v. 13, n. 3, p. 164-174, jun. 1998.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR STUDY OF PAIN. **Pain terminology**. 2005.
Disponível em: < <http://www.iasp-pain.org/AM/TextTemplate.cfm?Section=Home&template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=3088#Pain>>. Acesso em: 14 jun. 2007.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. Task force on taxonomy. Announcement: Modification of pain definition. **IASP Newsletter**, 2001.

JOHNSTON K. B. C. et al. Does Sucrose Analgesia Promotes Physiologic Stability and Preterm Neonates? **Biology of the neonate**, Basel, v.85, p. 26-31, abr. 2004.

KASS, F. C.; HOLMAN, J. R. Oral glucose solution for analgesia in infant circumcision. **The Journal of Family Practice**, Flórida, v. 50, n. 9, p.785- 788, set. 2001.

KRESHEL, S. W.; BILDNER, J. CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score. Initial testing of validity and reliability. **Paediatric Anaesthesia**, Paris, v. 53, p. 53-61, 1995.

LANDER J. Clinical judgments in pain management. **Pain**, Amsterdam, v. 42, p. 15-22, 1990.

LAWRENCE J. et al. The development of a tool to assess neonatal pain. **Neonatal Network**, v. 12, p.59-66, jun. 1993.

LEE, S. J. et al. Fetal pain: Systematic Multidisciplinary Review of the evidence. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 294, p. 947-954, mai. 2005.

LEITE A.M.; CASTRAL T. C.; SCOCHI C. G. S. Pode a amamentação promover alívio da dor aguda em recém-nascidos? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 59, p. 538, 542, jul./ago. 2006.

LEITE, A. M. et al. Effects of breastfeeding on pain relief in full-term newborns. **The Clinical Journal of Pain**, New York, v.25, n. 9, p. 827–832, dez. 2009.

MACHADO, M. G. P.; BARBOSA, R. F. B.; SILVA, Y. P. A dor em neonatologia. In: SILVA, Y. P.; SILVA, J. F. **Dor em Pediatria**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2006; p. 105-115.

MAIA A. C. A. **Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre o manejo da dor no período neonatal**. 2009. 96f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente)-Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

MARGOLIUS F.R.; HUDSON K. A.; MICHEL Y. Beliefs and perceptions about children in pain: a survey. **Pediatric Nursing** , Pitman, v. 21, n. 2, p. 111-115, mar/abr. 1995.

MASON D. J. An investigation of the influences of selected factors on nurses' inferences of patient suffering. **International Journal of Nursing Studies**, Elmsford, v. 18, n. 4, p. 251-259, 1981.

MERKEL S, MALVIYA S. Pediatric pain, tools and assessment. **Journal of Perianesthesia Nursing**, Philadelphia, v. 15, n. 6, p. 408-414, dez. 2000.

MERSKEY, H. et al. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP subcommittee on taxonomy. **Pain**, Amsterdam, v. 6, p. 249-252, 1979.

MINEO, J. R. et al. **Pesquisa na área biomédica: do planejamento a publicação**. Uberlândia: EDUFU, 2005.

NICOLAU, C. M. et al. Avaliação da dor em recém-nascidos prematuros durante a fisioterapia respiratória **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 3, p. 285-290, jul. / set. 2008.

NÓBREGA, F. S.; SAKAI L.; KREBS V. L. J. Procedimentos dolorosos e medidas de alívio em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Médica**, São Paulo, v. 84, n. 4, p. 201, 206, out/dez. 2007.

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

OLIVEIRA, P. R. de. **Avaliação da percepção de dor em neonatos pré-termo sob sedo-analgesia**. 2008. 86f. Dissertação (Mestrado Ciências da Saúde). Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

OLIVEIRA, P. R.; TRISTÃO, R. M.; TOMAZ, C. Avaliação da dor no recém-nascido pré-termo e a termo. **Brasília Médica**, Brasília, v. 45, n.4, p. 272-283, 2008.

OLIVEIRA, R. G de. **Blackbook Pediatria**. 3 ed. Belo Horizonte: Pediatria Moderna, 2005, p. 581.

PEREIRA, A. L. S. T. et al. Validity of behavioral and physiologic parameters for acute pain assessment of term newborn infants. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 117, n.2, fev. 1999.

PERLMAN, J. M. Morphine, hypotension and intraventricular hemorrhage in the ventilated premature infant. **Pediatrics**. Elk Grove Village, v. 115, p. 1614, 1418, jan. 2005.

PÖLKKI, T. et al. Factors influencing nurses' use of nonpharmacological pain alleviation methods in paediatric patients. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 17, p. 373-383, 2003.

PORTER, F. L. et al. Pain and pain management in newborn infants: a survey of physicians and nurses. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 100, n. 4, p. 626-32, out.1997.

POTTER, P. A; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar**. 3. ed. São Paulo: Santos, 2002.

PRESTES, A. C. Y. et al. Frequência do emprego de analgésicos em unidades de terapia intensiva neonatal universitárias. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.81, n.5, out. 2005.

PURCELL-JONES, G.; DORMON, F.; SUMNER E. Pediatric anesthetists' perceptions of neonatal and infants pain. **Pain**, Amsterdam, v.33, p. 181-187, 1988.

RAZEK, A. A, EL-DEIN, N. A. Z. Effect of breast-feeding on pain relief during infant immunization injections. **International Journal of Nursing Practice**, v.15, n. 2, p. 99-104, abr. 2009.

REICHERT, A. P. S.; SILVA, S. L. F.; OLIVEIRA, J. M. Dor no recém-nascido: uma realidade a ser considerada. **Nursing**, São Paulo, v. 3, n. 30, p. 28-30, nov. 2000.

RIAÑO G. I. et al. Pediatricians' opinion on sedation in children. **An Esp Pediatric**, v. 51, p. 230-234, 1999.

ROBINSON, M. E.; WISE, E. A. Prior pain experience: influence on the observation of experimental pain in men and women. **Journal of Pain Research**, [s.l], v. 5, n. 5, p. 264-269, 2004.

ROCHA, P. V. S. et al. **A percepção da dor do recém-nascido pela equipe de saúde em um hospital publico de Goiânia**. 2005. Disponível em: <
http://www.prp.ueg.br/06v1/conteudo/pesquisa/inic-cien/eventos/sic2005/arquivos/saude/a_percepcao_dor.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2008.

SALANTERÄ, S. Finnish nurses' attitudes to pain in children. **Journal Advanced Nursing**, Oxford, v. 29, n. 3, p. 727-235, mar. 1999.

SALANTERÄ S.; LAURI S. Nursing students' knowledge of and views about children in pain. **Nurse Education Today**, Edinburgh, v. 20, n. 7, p. 537-547, out. 2000.

SANDKUHLER, J. Learning and memory in pain pathways. **Pain**, Amsterdam, v. 88, n. 2, p.113-118, nov. 2000.

SARAIVA, C. A. S. **Fatores físicos-ambientais e organizacionais em uma unidade de terapia intensiva neonatal**: implicações para a saúde do recém-nascido. 2004. Dissertação (Mestrado profissionalizante em Engenharia)-Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

SCHMITZ, E. M. **Enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo: Atheneu, 2000.

SCOCHI, C. G. S. et al. A dor na Unidade Neonatal sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem de um hospital de Ribeirão Preto-SP. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 59, n.2, p.188-194 mar/ abr. 2006.

SHEINER, E. K .et al. Ethnic differences influence care giver's estimates of pain during labour. **Pain**, Amsterdam, v. 81, n. 3, p. 299-305, jun. 1999.

SILVA, P. S. et al. Sedação e analgesia em neonatologia. **Rev Bras Anesthesiol**, v.57, n.5, Campinas, set/out, 2007.

SILVA, R. N. M. Aspectos comportamentais do bebê pré-termo na UTI neonatal. In: FILHO, C. L.; CORRÊA, M. E. G. FRANÇA, P. S. **Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos**: Saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasília, 2002, p. 407-421.
SIMONS, S. H. O. et al. Do we still hurt newborn babies? A prospective study of procedures pain and analgesia in neonates. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**. v. 157, p. 1058-1064, 2003.

SOARES, M. E. M. et al. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p. 309-316, 2003.

MAIA, A. C. A. **Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre o manejo da dor no período neonatal**. 2009. 96f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente)-Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

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

STEVENS B. et al. Premature Infant Pain Profile: development and initial validation. **The Clinical Journal of Pain**, New York, v. 12, p.13-22, 1996.

STEVENS, B. J.; GIBBINS, S.; FRANCK, L. S. Treatment of pain in the neonatal intensive care unit. **Pediatric Clinical North American**.v, 47, p. 633-50, 2000.

STEVENS,B.; YAMADA, J. OHLSSON,A. Sucrose for analgesia in newborns infants undergoing painful procedures. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, 2004.

TADDIO, A. et al. Effectiveness of sucrose analgesia in newborns undergoing painful medical procedures. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 179, n. 1, p. 37-43, 2008.

TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI Neonatal** – Assistência ao recém-nascido de alto risco. In: _____Controle da dor e sedação do recém-nascido. P.65 3 ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2006. p.253

TAYLOR B. J. et al. Assessing postoperative pain in neonates: a multicenter observational study. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 118, n. 4, p. 992-1000, out. 2006.

VIANA, D. L.; DUPAS, G.; PEDREIRA, M. L. G. A avaliação da dor da criança pelas enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva. **Pediatrics**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 251-261, 2006.

VIVANCOS, R. B. Z. **Efeito do contato pele a pele imediato ao nascimento na reatividade à dor dos recém-nascidos durante a vacina contra hepatite B**. 2008. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

WHALLEY, L. F., WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica**: elementos essenciais na intervenção efetiva. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2006.

WILSON B.; MCSHERRY. W. A study of nurses' inferences of patients' physical pain. **Journal of Clinical Nursing**. Oxford, v. 15, n. 4, p. 459-68, abr. 2006

ZACONETA, A. P. R. S. **Intervenções não-farmacológicas e seu efeito nas respostas de indicadores de dor em bebês prematuros submetidos a procedimentos de coleta de sangue**. 2005. 75f. Dissertação (Mestrado em Psicologia: Psicologia do desenvolvimento)-Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: “Conhecimentos dos profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva neonatal e de outras especialidades sobre a avaliação e tratamento da dor no recém-nascido”, que tem por objetivo avaliar como os profissionais de saúde nas UTI neonatais ou neonatais/pediátricas e de outras especialidades compreendem a questão da dor, sua interpretação e manejo no recém-nascido.

A pesquisa será realizada sob responsabilidade da mestranda Renata Souza Martins e sob orientação da Prof^a. Dr^a. Vânia Olivetti Steffen Abdallah.

Fica assegurado que essa pesquisa terá a finalidade exclusivamente científica, que você não será identificado(a) por ocasião da divulgação dos resultados e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a sua privacidade.

Este estudo não oferece riscos ao sujeito pesquisado, uma vez que o estudo será realizado por meio da aplicação de um questionário e a sua identidade será mantida em sigilo.

Os benefícios terão uma repercussão coletiva, ou seja, serão beneficiados todos os envolvidos no estudo como: os profissionais atuantes nos setores onde o estudo será realizado, os pesquisadores, as instituições onde será realizada a pesquisa e principalmente os recém-nascidos, que poderão se beneficiar frente à possibilidade de mudança de atitude dos profissionais de saúde no manejo da dor.

Você não terá despesa ou ganho financeiro por participar da pesquisa.

Fica assegurado que você terá a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, no que será prontamente atendido, sem constrangimento e sem prejuízo algum.

Uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você e, no caso de surgir qualquer dúvida relacionada à pesquisa você poderá entrar em contato com:

Pesquisadores:

Mestranda: Renata Souza Martins
Universidade Federal de Uberlândia
Av. Pará, n.º 1720 Bairro Umuarama
Fone: (34) 3218-2454

Prof^a. Dr^a. Vânia Olivetti Steffen Abdallah
Universidade Federal de Uberlândia
Av. Pará, n.º 1720 Bairro Umuarama
Fone: (34) 3218-2454

(Assinatura da pesquisadora)

(Assinatura da orientadora)

Consentimento:

Por esse Termo de Consentimento, eu _____,
de acordo com as informações citadas no texto acima, concordo livre e voluntariamente em participar da referida pesquisa.

Uberlândia, _____ de _____ de 2008.

Assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA ENFERMEIROS QUE ATUAM NAS UTI NEONATAIS

Ficha nº: _____

DADOS PESSOAIS:

- 1- Idade: _____
- 2- Sexo: F (☐) M (☐)
- 3- Estado Civil: _____
- 4- Religião: _____

DADOS PROFISSIONAIS:

- 1- Ano em que se formou: _____
- 2- Tempo de experiência profissional: _____
- 3- Formação complementar:
(☐) Especialização. Qual? _____
(☐) Mestrado (☐) Doutorado
(☐) Outros. Qual? _____
- 4- Turno em que trabalha: (☐) manhã (☐) tarde (☐) noite
- 5- Tempo de trabalho neste setor: _____
- 6- Trabalha em outro local a não ser este? S (☐) N (☐)
- 7- Qual a sua carga horária semanal de trabalho? _____

DADOS ESPECÍFICOS:

- 1- Você acha que o recém-nascido sente dor? S (☐) N (☐) Porque? _____

- 2- Você conhece alguma escala para avaliação da dor nos recém-nascido? S (☐) N (☐)
Se sim, quais dados são avaliados nessa escala? _____

- 3- Você conhece as alterações que o recém-nascido pode apresentar frente à dor? S (☐) N (☐)
Qual (is)? _____

4- Você faz o uso de alguma medida para prevenir a dor no recém-nascido? S () N ()

Qual (is)? _____

5- Você faz o uso de alguma medida para tratar a dor no recém-nascido? S () N ()

Qual (is)? _____

6- Durante a punção venosa no recém-nascido você realiza algum procedimento para o alívio da dor? S () N () Qual? _____

7- Durante a punção de calcanhar (Dextro), você realiza algum procedimento para o alívio da dor? S () N () Qual? _____

8- Na UTI neonatal você realiza algum procedimento para o alívio da dor no recém-nascido enquanto ele se encontra em ventilação mecânica? S () N () Qual? _____

9- Nas disseções venosas em geral realizadas pelo cirurgião pediátrico, no recém nascido você solicita que seja prescrito algum analgésico? S () N ()

10- Na colocação de dreno torácico no recém-nascido realizado pelo cirurgião pediátrico, você se solicita que seja prescrito algum analgésico? S () N ()

11- Se você está diante de um recém-nascido no pós-operatório imediato de uma cirurgia, cujo bebê não requer ventilação mecânica e nem suporte hemodinâmico, você solicita que seja prescrito algum analgésico? S () N ()

12- Se você está diante de um recém-nascido no pós-operatório imediato de uma cirurgia, ainda em ventilação mecânica, você solicita que seja prescrito algum analgésico? S () N ()

APÊNDICE C– QUESTIONÁRIO PARA FISIOTERAPEUTAS QUE ATUAM NAS UTI NEONATAIS

Ficha nº: _____

DADOS PESSOAIS:

1- Idade: _____

2- Sexo: F () M ()

3- Estado Civil: _____

4- Religião: _____

DADOS PROFISSIONAIS:

1- Ano em que se formou: _____

2- Tempo de experiência profissional com recém-nascidos: _____

3- Formação complementar:

() Especialização. Qual? _____

() Mestrado () Doutorado

() Outros. Qual? _____

4- Turno em que trabalha: () manhã () tarde () noite

5- Tempo de trabalho neste setor: _____

6- Trabalha em outro local a não ser este? S () N ()

7- Qual a sua carga horária semanal de trabalho? _____

DADOS ESPECÍFICOS:

1- Você acha que o recém-nascido sente dor? S () N () Porque? _____

2- Você conhece alguma escala para avaliação da dor nos recém-nascido? S () N ()

Se sim, quais dados são avaliados nessa escala? _____

3- Você conhece as alterações que o recém-nascido pode apresentar frente à dor? S () N ()

Quais? _____

4- Você faz o uso de alguma medida para prevenir a dor no recém-nascido? S () N ()

Qual (is)? _____

5- Você faz o uso de alguma medida para tratar a dor no recém-nascido? S () N ()

Qual (is)? _____

6- Durante a realização de algum procedimento fisioterápico doloroso você realiza algum procedimento para o alívio da dor? S () N () Qual? _____

7- Durante a realização de algum procedimento fisioterápico doloroso você solicita que seja prescrita alguma medicação para analgesia? S () N ()

**APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO PARA MÉDICOS PEDIATRAS QUE ATUAM
NAS UTI NEONATAIS**

Ficha nº: _____

DADOS PESSOAIS:

1- Idade: _____

2- Sexo: F () M ()

3- Estado Civil: _____

4- Religião: _____

DADOS PROFISSIONAIS:

1- Ano em que se formou: _____

2- Tempo de experiência profissional com recém-nascidos: _____

3- Formação complementar:

() Especialização. Qual? _____

() Título de especialista na área em que atua

() Mestrado () Doutorado

() Outros. Qual? _____

4- Turno em que trabalha: () manhã () tarde () noite

5- Tempo de trabalho neste setor: _____

6- Trabalha em outro local a não este? S () N ()

7- Qual a sua carga horária semanal de trabalho? _____

DADOS ESPECÍFICOS:

1- Você acha que o recém-nascido sente dor? S () N () Porque? _____

2- Você conhece alguma escala para avaliação da dor nos recém-nascido? S () N ()

Se sim, quais dados são avaliados nessa escala? _____

3- Você conhece as alterações que o recém-nascido pode apresentar frente à dor? S () N ()

Quais? _____

4- Você faz o uso de alguma medida para prevenir a dor no recém-nascido? S () N ()

Qual (is)? _____

5- Você faz o uso de alguma medida para tratar a dor no recém-nascido? S () N ()

Qual (is)? _____

6- Você faz uso de alguma medida farmacológica para tratar a dor no recém-nascido?

S () N () Qual (is)? _____

7- Durante a punção venosa no recém-nascido você utiliza algum procedimento ou alguma medicação para analgesia? S () N () Qual? _____

8- Durante a punção lombar no recém-nascido você utiliza algum procedimento ou alguma medicação para analgesia? S () N () Qual? _____

9- Durante a punção de calcanhar (Dextro), você utiliza algum procedimento ou alguma medicação para analgesia do recém-nascido? S () N () Qual? _____

10- Na UTI neonatal você utiliza alguma medicação para a dor no recém-nascido enquanto ele se encontra em ventilação mecânica? S () N () Qual? _____

11- Nas dissecções venosas em geral realizadas pelo cirurgião pediátrico, no recém nascido você prescreve algum analgésico? S () N () Qual? _____

12- Na colocação de dreno torácico no recém-nascido realizado pelo cirurgião pediátrico, você se usa algum analgésico? S () N () Qual? _____

13- Se você está diante de um recém-nascido no pós-operatório imediato de uma cirurgia, cujo bebê não requer ventilação mecânica e nem suporte hemodinâmico, você prescreve algum analgésico? S () N () Qual? _____

14- Se você está diante de um recém-nascido no pós-operatório imediato de uma cirurgia, ainda em ventilação mecânica, você prescreve algum analgésico? S () N () Qual? _____

15 – Você tem algum medo quando prescreve morfina ou fentanyl para o recém nascido?

S () N () Porque? _____

**APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO PARA MÉDICOS DE OUTRAS
ESPECIALIDADES QUE ATUAM NAS UTI NEONATAIS**

Ficha nº: _____

DADOS PESSOAIS:

1- Idade: _____

2- Sexo: F () M ()

3- Estado Civil: _____

4- Religião: _____

DADOS PROFISSIONAIS:

1- Ano em que se formou: _____

2- Tempo de experiência profissional em geral: _____

3- Tempo de experiência profissional com recém-nascidos: _____

4- Formação complementar:

() Especialização. Qual? _____

() Título de especialista na área em que atua

() Mestrado () Doutorado

() Outros. Qual? _____

5- Turno em que trabalha: () manhã () tarde () noite

6- Tempo de trabalho neste setor: _____

7- Trabalha em outro local a não ser este? S () N ()

8- Qual a sua carga horária semanal de trabalho? _____

DADOS ESPECÍFICOS:

1- Você acha que o recém-nascido sente dor? S () N () Porque? _____

2- Você conhece alguma escala para avaliação da dor nos recém-nascido? S () N ()

Se sim, quais dados são avaliados nessa escala? _____

3- Você conhece as alterações que o recém-nascido pode apresentar frente à dor? S () N ()

Quais? _____

4- Você faz o uso de alguma medida para prevenir a dor no recém-nascido? S () N ()

Qual (is)? _____

5- Você faz o uso de alguma medida para tratar a dor no recém-nascido? S () N ()

Qual (is)? _____

6- Você faz uso de alguma medida farmacológica para tratar a dor no recém-nascido?

S () N () Qual (is)? _____

7- Ao realizar um procedimento doloroso no recém-nascido você prescreve algum analgésico?

S () N () Qual? _____

8- Ao realizar um procedimento doloroso no recém-nascido você solicita que seja prescrito algum analgésico? S () N () Qual? _____

ANEXOS

**ANEXO A- AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**



Universidade Federal de Uberlândia
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
Avenida João Naves de Ávila, nº. 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –
CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4531/4173; e-mail: cep@propp.ufu.br;
www.comissoes.propp.ufu.br

**ANÁLISE FINAL Nº. 417/08 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O
PROTOCOLO REGISTRO CEP/UFU 211/08**

Projeto Pesquisa: “Conhecimentos dos profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva neonatal e de outras especialidades sobre a avaliação e tratamento da dor no recém-nascido.”.

Pesquisador Responsável: Vânia Olivetti Steffen Abdallah

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Data para entrega do relatório final: dezembro de 2009

SITUAÇÃO: PROTOCOLO DE PESQUISA APROVADO.

OBS: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Uberlândia, 12 de setembro de 2008.

Prof. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

• Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma da Res. 196/96 CNS.