



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE**

FRANCILENA RIBEIRO BESSA

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE DOR NO RECÉM-
NASCIDO PREMATURO: TEORIA E PRAXIS**

**FORTALEZA
2011**

FRANCILENA RIBEIRO BESSA

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE DOR NO RECÉM-
NASCIDO PREMATURO: TEORIA E PRAXIS**

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ilvana Lima Verde Gomes

**FORTALEZA
2011**

FRANCILENA RIBEIRO BESSA

CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE DOR NO RECÉM-NASCIDO PREMATURO: TEORIA E PRAXIS

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre. Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Data da Aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ilvana Lima Verde Gomes (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará

Prof.^a Dr.^a Maria Veraci Oliveira Queiroz
Universidade Estadual do Ceará

Prof.^a Dr. Ana Julia Couto de Alencar
Universidade Federal do Ceará

À minha família que sempre me apoiou e
conduziu todas as minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser sempre o meu guia.

À profa. Dra. Ilvana Lima Verde Gomes, minha orientadora e incentivadora neste aprendizado.

À profa. Dra. Maria Veraci Oliveira Queiroz, que mesmo com tantos afazeres, se fez tão presente em minha vida enquanto mestranda.

À Meireane, secretária do mestrado, que sempre me ajudou em tudo que foi possível.

Aos meus pais, Francisco Bessa e Madalena, que sempre acreditaram que tudo era possível.

Aos meus irmãos, sempre foram tão disponíveis nas idas e vindas para as aulas.

Aos meus filhos, Maria Fernanda e Saulo (mesmo ainda no ventre), pela colaboração e pela aceitação dos momentos de ausência.

Ao César, meu grande companheiro; seu apoio faz toda a diferença.

Ao Hospital Maternidade Jesus Maria e José, por me receber de braços abertos para o desenvolvimento desta pesquisa.

À turma do mestrado, que de forma tão especial sempre me deu forças para continuar.

A todos que contribuíram para este trabalho, meus sinceros agradecimentos.

“Todas as pessoas grandes foram um dia
crianças.”

(Autor desconhecido)

RESUMO

Por muitos anos, acreditou-se que os Recém-Nascidos Prematuros (RNPT) eram incapazes de sentir dor, devido ao pressuposto de que o seu sistema nervoso ainda não estava completamente formado. Atualmente, diversos estudos mostram que a dor é um sintoma evidenciado pelos RNPT e que existem diversas formas de prevenção e tratamento da dor. A pesquisa teve como objetivos apreender a percepção da equipe de saúde da Unidade de Terapia Intensiva (UTIN) do Hospital Maternidade Jesus Maria e José (HMJMJ) sobre dor no RNPT, identificar instrumentos de mensuração da dor no prematuro utilizados pelos profissionais da UTIN e descrever as medidas farmacológicas e não farmacológicas aplicadas para o alívio da dor no RNPT. Caracteriza-se como um estudo natureza qualitativa realizado com nove profissionais de saúde da UTIN, de Fevereiro a Março de 2011, que responderam a uma entrevista semiestruturada e foram observados em suas práticas em um hospital filantrópico, referência em pediatria e neonatologia da região do sertão central do estado do Ceará. Observamos que todos os sujeitos da pesquisa entendem que os RNPT sentem dor, sabem identificar essa dor e exemplificam como prevenir ou minimizar este sintoma. Na observação de suas práticas, foram identificadas duas categorias: Procedimentos dolorosos x reações do RNPT x conduta profissional; Manuseios de rotina x reações do RNPT x conduta profissional. Percebemos que apenas dois sujeitos executam sua prática de acordo com o que haviam respondido na entrevista, outros dois, em nenhum dos dois momentos da observação, realizaram de forma adequada suas condutas, embora tenham respondido, de forma coerente, a entrevista. Os outros cinco sujeitos realizaram em um momento da observação suas atividades de forma coerente, minimizando a dor do RNPT e em outro momento, não prestavam nenhuma assistência de forma humanizada ao bebê. Concluímos que há diversas situações de incoerência na correlação teoria e práxis destes profissionais. Ainda há muito a ser explorado, discutido e realizado para que a qualidade de vida do RNPT seja cada vez melhor no ambiente da UTIN.

Palavras-Chave: Dor, Prematuro, Tratamento, Profissionais de Saúde.

ABSTRACT

For many years it was believed that the Premature Newborns (PN) were unable to feel pain, due to the assumption that their nervous system was not yet fully formed. Currently, several studies show that pain is a symptom shown by PN and that there are various forms of prevention and treatment of pain. This research aimed to capture the perception of the health personnel of the Intensive Care Unit (ICU) of Hospital Maternity Jesus Mary and Joseph (HMJMJ) about pain in PN, identify tools to measure pain in premature used by professionals of the ICU and describe the pharmacological and non-pharmacological procedures applied for the relief of pain in PN. It is characterized as a qualitative study conducted with nine health workers of the UCI from February to March 2011, who answered a semi-structured interview and were observed in their practices in a charity hospital, a reference in pediatrics and neonatology of the central wilderness region of the interior of Ceará state. We found that all research subjects understand that the PN feels pain, this pain can be identified and they exemplify how to prevent or minimize this symptom. In the observation of their practices, were identified several instances of inconsistency in the correlation theory and practice, resulting in the finding of two categories: Painful procedures x reactions of PN x professional conduct; handling routine x reactions of PN x professional conduct. We realize that only two subjects perform their practice according to which they responded in the interview, other two, none of the two moments of observation, performed adequately their behavior, although they have consistently answered the interview. The other five subjects performed in a time of observation activities in a consistent way, minimizing the pain of the PN and at another time, they did not give any assistance in a humane way to the baby. We concluded that there is still so much to be explored, discussed and carried out so that the quality of life of PN is even better in the ICU environment.

Key-words: Pain, Premature, Therapeutics, Health Personnel

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Na sua visão, o RNPT sente dor?.....	49
QUADRO 2 - Como você percebe que o RNPT está com dor?.....	50
QUADRO 3 - Você conhece e/ou utiliza algum instrumento para avaliar a dor do RNPT?.....	51
QUADRO 4 - Você acha importante diminuir a dor no RNPT? Por quê?.....	51
QUADRO 5 - Durante o manuseio de rotina, você usa alguma medida farmacológica ou não farmacológica para minimizar a dor do RNPT? Quando usa e qual a medida?.....	53

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
CRIES	Crying Requires O2 for saturation above 90% Increased vitalsigns, Expression and Sleeplessness
HMJMJ	Hospital Maternidade Jesus Maria e José
IASP	Associação Internacional para o Estudo da Dor
NFCS	Neonatal Facial Coding System
NIPS	Neonatal Infant Pain Scale
PIPP	Premature Infant Pain Profile
POP	Procedimento Operacional Padrão
RN	Recém-Nascido
RNPT	Recém-Nascido Pré-Termo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCINE	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Relevância	15
2	OBJETIVOS	20
3	PREMATURIDADE E ASPECTOS DA DOR NO BEBÊ PREMATURO	21
3.1	Fatores Causadores da Dor no Prematuro	23
3.2	A Importância do controle da Dor em RNPT	24
3.3	Epidemiologia da Dor	25
3.4	Principais causas do Subtratamento da Dor	27
3.5	Dificuldade de Avaliar a Dor	29
3.6	Prevenção da Dor no RNPT	36
4	TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E NÃO FARMACOLÓGICO DA DOR	39
5	METODOLOGIA	42
5.1	Tipo e Natureza do Estudo	42
5.2	Local da Pesquisa	42
5.3	Sujeitos da Investigação	44
5.4	Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados	45
5.5	Análise e interpretação dos discurso	47
6	ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO: CONHECIMENTOS E A PRÁXIS DOS PROFISSIONAIS DA UTIN	48
6.1	Perfil dos Sujeitos	48
6.2	O que os Profissionais de Saúde Entendem sobre Dor no RNPT	49
6.3	Como os Profissionais de Saúde Transpõem para a Prática o Conhecimento sobre a Dor do RNPT	54
6.3.1	Procedimentos Dolorosos, Reações do RNPT e Conduta Profissional ...	54
6.3.2	Manuseios de Rotina, Reação dos RNPT e Conduta Profissional	56
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS	66
	APÊNDICES	71

1 INTRODUÇÃO

Fazer parte de uma equipe de saúde é algo singular, que você escolhe, geralmente, sem saber a tamanha responsabilidade que está por vir. Porém, também não imagina o quanto de experiência, como ser humano, pode ser vivenciado, desde que seja permitida uma relação entre a equipe e os que precisam da equipe. Fazer parte, então, de uma equipe de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTIN), é ainda mais instigante a conhecer um universo de seres tão pequenos submetidos a problemas tão grandes e complexos, os quais envolvem toda uma estrutura familiar. Tudo o que se passa com aquele sujeito, por menor que seja o procedimento, pode representar a diferença entre a vida e a morte.

Minha prática profissional como terapeuta ocupacional e fisioterapeuta dentro de uma UTIN me motivou a pesquisar sobre o mundo dos recém-nascidos prematuros (RNPT), particularmente sobre a DOR deste ser e a percepção desta dor pelos profissionais de saúde que lidam diretamente com a situação de prematuridade. Angustia-me bastante ver em minha rotina de trabalho esses bebês serem tão manuseados sem poder sequer defender-se de uma dor que estejam sentido, ou tão pouco expressarem-se de forma mais precisa. O choro é uma das poucas maneiras que chamam a atenção do profissional para aquele RNPT, mas nem sempre é adequadamente interpretado, podendo ser confundido com fome, cansaço, estresse ou, enfim, a DOR.

A dor é um sintoma que faz parte do cotidiano dos recém-nascidos prematuros internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal devido ao grande número de procedimentos dolorosos a que estes são submetidos durante sua internação. A impossibilidade de verbalização do recém-nascido dificulta o tratamento ou conduta terapêutica (GUINSBURG, 2004).

Tal afirmativa fica facilmente exemplificada ao observar muitas vezes, durante minha rotina na UTIN, a atitude de alguns profissionais da equipe de

enfermagem durante um procedimento comum como a punção venosa: duas profissionais tentam a punção uma, duas, três vezes. Uma imobiliza o corpo do recém-nascido prematuro, segura firmemente seu braço, enquanto a outra introduz o dispositivo (cateter intravenoso) seguidas vezes, finalmente conseguindo. O RNPT chora, se contorce, e não há preocupação em consolá-lo. Finalmente fixa-se a punção, abre-se o soro, verifica-se o gotejamento, coloca-o de volta para dentro da incubadora e inicia-se o cuidado com outro recém-nascido.

Percebo, no dia a dia da UTIN, estes procedimentos acontecendo rotineiramente, fazendo parte de uma conduta que precisa ser executada para que aquele protocolo diário seja cumprido, naqueles horários pré-estabelecidos. Minha angústia está exatamente em saber, de fato, se a equipe de saúde da unidade de terapia intensiva sabe, ao certo, se aquele sujeito que está sendo cuidado por elas sente dor, se elas percebem esta dor e que medidas farmacológicas ou não farmacológicas são tomadas para o alívio da dor no RNPT.

Ao longo das minhas leituras, fui percebendo o quanto pode ser feito para evitar a dor no prematuro por toda a equipe de saúde, medidas simples podem ser aplicadas e muitos danos podem ser evitados através, apenas, de mudanças de condutas, de rotinas, que nos deixam presos à execução de protocolos, e nos reportam ao velho modelo assistencial, onde o corpo biológico é o que nos interessa, ficando muito a desejar sobre o cuidado integral e humanizado em saúde.

O termo humanização, amplamente utilizado, representa hoje uma tendência de mudança no paradigma tecnocrático de assistência neonatal. A abordagem deverá se tornar menos tecnicista e mais holística, voltada para o prematuro em toda sua subjetivação (BRITO, 2002). A ideia de assistir o bebê sujeito, inserido não apenas em seu ambiente, mas em sua história, vem tomando consciência nos últimos anos.

A Política Nacional de Humanização foi instituída pelo Ministério da Saúde desde 2004, para efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A

neonatologia humanizada preocupa-se não apenas com a mera sobrevivência de bebês cada vez menores, mas com a qualidade da vida ou da morte desses bebês, com sua família e suas emoções (BRASIL, 2004).

Pesquisas realizadas nesta área comprovam que a avaliação da dor no recém-nascido é possível através da utilização de escalas que levam em consideração variáveis fisiológicas e comportamentais. Segundo Oliveira, Tristão e Tomaz (2008), a implementação das escalas para a medida da dor tem como obstáculo a falta de conhecimento técnico-científico para sua utilização, dificultando a intervenção no tratamento da dor ao recém-nascido prematuro. Estas escalas podem ser aplicadas de forma fácil e sem sofrimento para o recém-nascido, desde que a equipe seja treinada para executá-la.

Para Guinsburg:

A dor foi conceituada em 1979, pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real, potencial ou discreta nos termos desta lesão. A dor é sempre subjetiva, cada indivíduo aprende a aplicação da palavra dor através da vivência de experiência dolorosa, que ocorrem desde o início da vida (GUINSBURG, 2004 p.14).

Por muitos anos, acreditou-se que os Recém-Nascidos Prematuros (RNPT) eram incapazes de sentir dor, devido o pressuposto que seu sistema nervoso ainda não estava completamente formado. Embora relativamente imaturo, o sistema neurobiológico encontra-se formado entre a 24^a e 28^a semana de gestação. Suas estruturas periféricas e centrais necessárias à percepção da dor estão presentes e funcionando nos prematuros já no nascimento. Os RNPT podem perceber a dor com mais intensidade do que as crianças e os adultos, devido aos seus mecanismos de controle inibitório serem imaturos, diminuindo a capacidade de modular a experiência dolorosa (GASPARDO, 2006).

Devido à dor ser um fenômeno subjetivo, encontra-se uma grande dificuldade na elaboração de métodos de fácil avaliação e aplicação na prática clínica. Ainda não encontramos métodos cientificamente comprovados que sejam garantidos para uma perfeita avaliação da dor. Contudo, já se tem conhecimento de

que, além de serem sensíveis à dor, os RNs podem sofrer consequências fisiológicas, orgânicas e emocionais, podendo chegar a comprometer inclusive o seu crescimento e desenvolvimento (SOUZA *et al.*, 2006).

Com a impossibilidade de verbalização, a principal forma de expressar a dor em RNs passa a ser por atitudes comportamentais e com alterações fisiológicas. Dessa forma, para avaliar a dor no RNPT é utilizada a avaliação das respostas destes à dor, analisando as alterações das medidas fisiológicas e comportamentais antes, durante e depois de um estímulo doloroso. Todavia, esse tipo de avaliação, por vezes torna-se difícil, pois alguns desses indicadores para observação da dor podem ser mínimos ou ausentes, o que exige muitas das vezes uma adequação dos profissionais na prática de avaliação da dor, atendendo a realidade de cada paciente (SOUZA *et al.*, 2006).

A realização de uma avaliação comportamental da dor deverá se basear nas alterações de determinadas expressões comportamentais e fisiológicas após um estímulo doloroso, observando desde o mais sensível e específico comportamento (SOUZA *et al.*, 2006). Entretanto, é de suma importância tentar minimizar a dor do RNPT durante sua permanência na UTIN, com medidas de conforto, seguidos de tratamento farmacológico e não farmacológico, com atuação ativa da equipe de saúde.

Em um estudo transversal realizado por Alencar, Pereira, Góis e Carmo (2005), com o objetivo de mensurar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre avaliação da dor no período neonatal, apresentam em seus resultados que, apesar do pensamento atual ser uniforme sobre a crença de dor nestes pacientes, a prática de analgesia não é rotina. Sugerem, então, que há uma necessidade de treinamento formal dos profissionais de saúde em todos os níveis de formação e a adoção de rotinas escritas para mensuração e tratamento adequado da dor no período neonatal.

Acredita-se que a sensibilidade de uma equipe de saúde em perceber sinais de dor no neonato faz grande diferença na atuação técnica do dia a dia. Neste contexto, a atenção humanizada acontece de forma mais harmônica, facilitando,

assim, que o cuidado integral ao RN possa se concretizar de acordo com o que se preconiza no SUS.

1.1 Relevância

A dor no RNPT é um dos aspectos que têm se destacado no contexto da assistência humanizada e do cuidado desenvolvimental, muito embora seja um tema recente na área da neonatologia. Nas últimas décadas, a dor despertou a atenção da ciência, e houve um aumento relevante do número de pesquisadores preocupados em compreender, analisar, quantificar, tratar e controlar a dor no RNPT (GUINSBURG, 2007).

Na prática assistencial, a dor no RN, inicialmente, não foi levada em consideração por muitos anos, por influência de mitos e crenças, pois acreditava-se que a imaturidade no desenvolvimento do sistema nervoso, em particular no RNPT, protegia-os de sensações dolorosas ou minimizava-as; que a deficiência de mielinização das fibras nervosas, determinava a diminuição da velocidade de condução de impulsos; que ocorria nos prematuros, ausência de aprendizado e memória de dor assim como, presença de receptores imaturos (CLOHERTY; EICHENWALD; STARK, 2005).

Atualmente, diversos estudos foram realizados abordando esta temática, chegando à conclusão de que bebês prematuros e a termos, apresentam respostas fisiológicas e hormonais à dor de maneira similar, ou mesmo exageradas, quando comparadas às crianças mais velhas e em adultos (GUINSBURG *et al.*, 2007).

Quando não tratada, a dor provoca inúmeros efeitos deletérios na criança, a exemplos de alterações metabólicas, elevação dos níveis de hormônios circulantes, aumento das susceptibilidades a infecções, alterações do fluxo sanguíneo cerebral e hemorragia ventricular, hipóxia, episódios de apneia, congestão venosa, utilização de reserva de glicose, alteração dos padrões de sono e vigília e alterações comportamentais (GASPARDO, 2005).

De acordo com Nóbrega, Sakai e Krebs (2007), em um estudo realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal (UCINE) do Instituto da Criança, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, os procedimentos dolorosos foram frequentes durante a internação, sendo cada neonato submetido, em média, a 30 procedimentos dolorosos em 24 horas. Medidas de alívio para dor foram utilizadas em 56,7% dos procedimentos, enquanto 43,3% dos mesmos foram realizados sem analgesia. Os medicamentos, principalmente dipirona e fentanil, foram a única forma de tratamento da dor. Foi sugerido ampliar o uso de medidas analgésicas no tratamento destes neonatos, destacando a importância da prevenção das repercussões tardias da dor experimentada nesta faixa etária, assim como medidas simples não medicamentosas, como o uso de solução glicosada por via oral ou leite materno, que podem ser utilizadas como estratégia adicional.

Silva *et al.* (2007), em uma revisão bibliográfica sobre sedação e analgesia em neonatologia, levantou evidências que a utilização de glicose apresentou redução significativa dos indicadores de dor quando a glicose foi usada como analgésico em recém-nascidos prematuros e de termo submetidos à coleta de sangue. O efeito mais consistente é a redução do tempo total de choro. Poucos trabalhos consideram efeitos adversos e ressaltam que esses são mínimos, como a diminuição temporária de saturação da hemoglobina pelo oxigênio. Os autores afirmam que não existe um consenso sobre a dose adequada de glicose a ser usada (0,012 a 0,12 g), e doses repetidas parecem ser mais eficazes que uma dose única. Além disso, parece haver sinergismo entre o uso de chupetas (sucção não-nutritiva) com a glicose. Assim, é possível recomendar o emprego clínico de soluções glicosadas por via oral, cerca de um a dois minutos antes de pequenos procedimentos, como punções capilares, venosas ou arteriais.

Segundo afirma Balda *et al.* (2009), em um artigo que fala do reconhecimento por adultos da expressão facial de dor, constatou-se em uma pesquisa prévia (2000) que os profissionais com atuação na área da saúde reconheceram em menor frequência a expressão facial de dor nos recém-nascidos observados em comparação a adultos não atuantes na área da saúde. Já os resultados da presente pesquisa (2009) evidenciam que a capacidade do adulto de

decodificar os comportamentos não verbais de dor do recém-nascido é influenciada, de maneira conjunta, pela sua profissão e pelo seu grau de instrução.

Para os profissionais de saúde, quanto maior a escolaridade, mais apurado foi o reconhecimento da expressão facial de dor e, para os pais, observou-se o inverso. De acordo com Balda *et al.* (2009), tais resultados sugerem que, para o profissional de saúde, a maior exposição teórica e prática às informações a respeito da presença e dos métodos de diagnóstico e de tratamento da dor no período neonatal facilita o reconhecimento dos comportamentos não verbais de dor expressos pelos pacientes. Contudo, esse maior acúmulo de conhecimentos não deve ser somente de ordem prática, ou seja, não deve estar relacionado somente ao convívio diário com a assistência ao neonato. Parece haver, para os profissionais de saúde, a necessidade, também, de aprimoramento do conhecimento teórico acerca da dor, pois, com base nos resultados da referida pesquisa, evidencia-se que os profissionais de saúde de menor escolaridade (representados pelas auxiliares de enfermagem) reconheceram menos a presença da dor no recém-nascido.

Dessa forma, pode-se inferir, com base nesse estudo, que o contato diário com a rotina de cuidados intensivos e com a dor frequente dos pacientes, isoladamente, não aumenta a capacidade do profissional de saúde de reconhecer o fenômeno doloroso. Já para os pais, quanto maior a escolaridade maior a chance de não reconhecerem a expressão facial de dor nas três séries de foto apresentadas. Segundo Balda *et al.* (2009), tal achado talvez possa ser explicado pelos mecanismos descritos por alguns autores, nos quais a maior bagagem educacional do observador aumenta a sua chance de não reconhecer a dor no paciente observado. Possivelmente, a maior ou menor capacidade dos pais de identificar os comportamentos não verbais de dor em seus filhos e em outros indivíduos não esteja relacionada exclusivamente ao tipo de profissão ou ao grau de instrução do observador, mas à intuição materna ou paterna da existência de desconforto, dor e sofrimento em seus filhos. Foi discutido no estudo referido que, talvez o maior nível sociocultural associado ao grau de instrução mais elevado possa tornar os indivíduos mais críticos e céticos em relação à valorização de sua intuição, “fechando”, de certa maneira, as vias de comunicação de algumas emoções.

Presbytero, Costa e Santos (2010), ao realizarem uma pesquisa sobre os enfermeiros na unidade neonatal frente ao RN com dor, na Maternidade de Santa Mônica, em Maceió, apresentaram, sob forma de discussão, que a dor é avaliada através de alterações fisiológicas, comportamentais e emocionais, porém apenas 7% dos entrevistados cita o uso de escala de avaliação. Ao observar a dor, as enfermeiras realizam condutas farmacológicas conforme prescrição médica e não farmacológicas, que previnem a desorganização e agitação desnecessária, medidas tão importantes quanto às farmacológicas, além de baixo custo. As autoras concluíram que, apesar de identificar e promover medidas terapêuticas que amenizam a dor no recém-nascido, o enfermeiro ainda não foi despertado em relação ao seu envolvimento, permanece avaliando a dor no RN através de critérios particulares, sem basear suas condutas nas evidências científicas.

A identificação da dor no RNPT pela equipe de saúde é uma ação de grande relevância para o bem estar do bebê, visto que interfere no reestabelecimento de sua saúde, podendo apresentar repercussões, em longo prazo, em relação à integração da criança com sua família, à cognição e ao aprendizado, refletindo no aumento dos índices de morbimortalidade (MARGOTTO, 2006). Torna-se, portanto, fundamental que a dor no RNPT seja adequadamente identificada, avaliada, tratada e, sobretudo, prevenida, utilizando-se das diversas maneiras que estão dispostas na literatura e na prática vivencial de cuidadores.

De acordo com Lago *et al.* (2007), a Academia Americana de Pediatria e a Sociedade Pediátrica Canadense, através de uma declaração dirigida aos profissionais de saúde que cuidam de neonatos, reforçam que a dor é sempre estressante e recomendam que os profissionais de saúde e as instituições devem:

- Desenvolver e implementar políticas de cuidados de pacientes para avaliar, prevenir e controlar a dor e o estresse em recém-nascidos;
- Proporcionar uma base fisiológica para avaliação e controle da dor e do estresse neonatal vivenciados pela equipe;
- Reduzir a exposição do neonato ao estímulo lesivo e minimizar as reações adversas associadas;

- Recomendar o emprego de medidas não farmacológicas e farmacológicas eficazes e seguras que tragam alívio à dor e ao estresse.

2 OBJETIVOS

- Apreender a percepção da equipe de saúde da UTIN do Hospital Maternidade Jesus Maria José (HMJMJ) sobre dor no recém-nascido prematuro;
- Identificar instrumentos de mensuração da dor no prematuro na UTIN utilizada pelos profissionais;
- Descrever medidas farmacológicas e não farmacológicas aplicadas para alívio da dor no prematuro.

3 PREMATURIDADE E ASPECTOS DA DOR NO BEBÊ PREMATURO

Para a Sociedade Brasileira de Pediatria, a duração de uma gravidez é considerada normal quando o parto se produz entre a 37^a e a 42^a semana de gestação. Quando os bebês nascem antes das 37 semanas, então estamos perante a um bebê prematuro ou também denominado de pré-termo (BRASIL, 2010).

O bebê prematuro caracteriza-se pela imaturidade do seu organismo, tornando-o mais vulnerável a determinadas enfermidades e, também, mais sensível a determinados fatores externos. A prematuridade pode classificar-se, segundo a idade gestacional, da seguinte forma (NETTINA, 2007):

- ✓ **PREMATURIDADE LIMITE:** compreende o grupo de bebês nascidos entre a 37^a e 38^a semana de gestação;
- ✓ **PREMATURIDADE MODERADA:** pode ser definida quando o bebê nasce entre 31^a e 36^a semana;
- ✓ **PREMATURIDADE EXTREMA:** Os recém-nascidos pré-termo extremo são definidos como aqueles cuja idade gestacional é menor ou igual a 30 semanas, apresentam, como consequência desta maior imaturidade, problemas mais frequentes e mais graves, sobretudo os menores que 27 semanas.

Um bebê prematuro merece, assim, cuidados redobrados, uma vez que não teve a oportunidade de completar todo o processo de maturação biológico dentro do útero da mãe.

No que se refere ao seu aspecto físico, destacam-se como principais características as seguintes: Tamanho pequeno, baixo peso ao nascer, pele fina, brilhante e rosada, por vezes coberta por lanugo (penugem fina), veias visíveis sob a pele, pouca gordura sob a pele, cabelo escasso, orelhas finas e moles, cabeça grande e desproporcionada relativamente ao resto do corpo, músculos fracos e atividade física reduzida, reflexos de sucção e de deglutição reduzidos. Os bebês prematuros, dada à imaturidade que os caracteriza, podem mais facilmente adoecer.

O risco associado a esta situação revela-se mais elevado quanto maior for o grau de prematuridade e menor for o seu peso, muito em particular nos casos em que apresentam um peso inferior a 1500g (AVERY, 2007).

De acordo com Segre (2002), a crença de que a memória só se desenvolvia após o nascimento, e mesmo assim em uma taxa mais reduzida do que a memória de crianças e adultos, contribuiu para a conclusão de que o RNPT estava protegido contra os efeitos posteriores de experiências dolorosas a que fossem submetidos no período neonatal.

Acreditavam-se, até os meados da década de 70, que os recém-nascidos não sentiam dor devido à imaturidade neurológica e à falta de mielinização ou ausência da memória da dor. Porém, estudos recentes mostram que 75% dos impulsos nociceptivos são carreados por meio de fibras periféricas não mielinizadas e mielinizadas, a mielinização está presente nas vias tálamo-corticais a partir da 22^a - 23^a semana de idade gestacional, estando completamente mielinizado na 37^a semana de gestação (GASPARY; ROCHA, 2004).

Para Segre (2002), os RNPT possuem capacidade neurológica para perceber a dor. O sistema neurológico necessário já se apresenta formado a partir da vigésima quarta semana de gestação e as estruturas periféricas e centrais estão presentes e funcionam precocemente entre o primeiro e segundo trimestre. Por volta da sétima semana de gestação, surgem os primeiros receptores sensorio-cutâneo na região perioral do feto humano. Esses receptores se espalham para o resto da face, para a palma da mão e planta dos pés, na décima primeira semana de gestação, para o tronco e as porções próximas dos membros superiores e inferiores na décima quinta. Por volta da vigésima semana, toda a superfície cutâneo-mucosa do feto apresenta receptores nervosos.

Porém, pode-se lembrar que em prematuros o mecanismo de modulação da experiência dolorosa ainda é imaturo, o que limita sua capacidade para enfrentar a dor e o estresse. Os sistemas inibidores, por exemplo, tornam-se funcionais somente após as primeiras semanas de vida extra-uterina, levando os

RNPT a perceberem os estímulos dolorosos mais intensamente que crianças mais velhas e adultas (KOPELMAN *et al.*, 2004).

Estudos experimentais comprovam que os recém-nascidos necessitam de níveis mais elevados de analgésicos no plasma para produzir o mesmo efeito clínico que nos adultos. Além disso, o estresse no RN submetido a uma intervenção sem anestesia é de três a cinco vezes maior do que no adulto, na mesma situação, evidenciando, assim, a maior sensibilidade dolorosa dos neonatos (MARGOTTO, 2006).

3.1 Fatores Causadores da Dor no Prematuro

O rápido avanço das tecnologias, juntamente com estudos sobre glicocorticóides e do surfactante na maturação pulmonar e os avanços recentes na área da UTIN, possibilitam o aumento da sobrevivência de prematuros e/ou gravemente doentes, alguns com peso inferior a 600g ao nascer (LAGO *et al.*, 2007).

A tentativa de se garantir sua estabilidade clínica, em diversas situações é exposta a procedimentos causadores da dor e desconforto. De acordo com Guinsburg (2004), calcula-se que, como parte dos cuidados de rotina nas UTINs, cada RN gravemente doente seja submetido a cerca de 50 a 150 procedimentos dolorosos por dia.

Segre afirma:

[...] acredita-se que um recém-nascido internado em uma UTIN, seja submetido aproximadamente a 50 a 132 procedimentos à beira do leito, por dia, muitos deles dolorosos, como punções venosas, arteriais e de calcâneo repetidas; intubação e aspiração traqueal; cateterismos e sondagens; retirada de eletrodos e esparadrapos; troca de curativos; sensores pressionando partes do corpo; fralda apertada; mudanças bruscas de decúbito e manuseio excessivo (SEGRE, 2002).

Sousa (2006) afirma que o paciente dentro da UTIN é visto como um objeto sem identidade, excessivamente manipulado e dividido em problemas; esta visão torna o cuidar tecnicista e mecânico, minimizando as necessidades emocionais do recém-nascido.

3.2 A Importância do controle da Dor em RNPT

A dor é tão antiga quanto à humanidade e há razões para acreditar que seja inerente a qualquer forma de vida que possua consciência. A máxima do lema da rotina médica é "primeiramente, não causar dor", no entanto, a prática nos mostra ser comum o subtratamento dos pacientes mais vulneráveis, como recém-nascidos e lactentes pré-verbais, por parte dos profissionais de saúde, permitindo que essas crianças, muitas vezes, experimentem uma dor potencialmente evitável (PRESTES *et al.*, 2005).

O manejo apropriado da dor em qualquer faixa etária, especialmente a neonatal, permanece ainda hoje como um dos desafios mais importantes para os profissionais de saúde. Isso porque mesmo quando conhecedores de que o recém-nascido, inclusive o prematuro, é capaz de sentir dor e de que os procedimentos invasivos realizados nas unidades de terapia intensiva causam dor, ainda assim apresentam grande resistência para aplicar as medidas para o seu alívio (GUINSBURG, 2004). No final do século XX e início do século XXI, ainda é difícil para a equipe de saúde entender a extensão do desconforto dos pacientes que não verbalizam a sua dor.

O fenômeno doloroso pode ser dividido em quatro processos: transdução, transmissão, modulação e percepção. A transdução constitui-se no processo através do qual o estímulo nocivo é transformado em sinais elétricos para o nervo sensorial e transmitido para a medula espinal. A transmissão refere-se à propagação do impulso no interior do sistema nervoso sensorial por fibras aferentes primárias, que fazem sinapse nos neurônios de segunda ordem na lâmina do corno dorsal da medula espinal, projetando feixes ascendentes para o tronco cerebral, para o tálamo

e para o córtex. A modulação denota a alteração da informação nociceptiva por mecanismos endógenos e ocorre por interação entre os interneurônios da medula e os impulsos descendentes, predominantemente inibitórios, originados no tálamo, tronco cerebral e córtex. A percepção reflete o efeito da informação nociceptiva no quadro psicológico existente. A percepção é a experiência física e emocional da dor, sabendo-se que essa experiência pode ter a sua estrutura perceptual alterada após o estímulo doloroso. Todos os pré-requisitos anatômicos, fisiológicos e bioquímicos para a transdução, transmissão, modulação e percepção da dor estão presentes no recém-nascido, mesmo no neonato pré-termo (CLOHERTY, EICHENWALD; STARK, 2005).

3.3 Epidemiologia da Dor

Segundo Chamberlain (1991), as unidades de terapia intensiva neonatal são ambientes frios e barulhentos, cheio de pessoas estranhas manipulando aparelhos. Os neonatos indefesos não conseguem comunicar adequadamente o seu desconforto e a sua dor. O resultado do ambiente e dos procedimentos impostos ao recém-nascido é o desequilíbrio dos mecanismos de homeostase, com consequências graves para a sua evolução clínica a curto, médio e longo prazo.

Ironicamente, nas mãos dos médicos do século XX, nascer tornou-se mais doloroso, devido à maior preocupação com a doença do que com o estresse e o desconforto do bebê. Por volta de 1950, o nascimento hospitalar transformou-se em rotina para a maioria dos americanos, o que foi também adotado por outros países. O nascimento em hospitais levou a uma diminuição importante da mortalidade acompanhada, porém, por uma série de rotinas dolorosas. As fontes de dor e desconforto ao nascer podem incluir, entre outras: trauma de couro cabeludo por monitorização eletrônica, retirada de amostras de sangue durante o parto, extração por fórceps, desorientação espacial do bebê, temperatura da sala de dez a vinte graus abaixo da temperatura uterina, luzes fortes, barulho, injeção de vitaminas, medicação nos olhos, movimentos de lavar (algumas vezes com água

não aquecida) e enxugar de forma áspera, súbita separação da mãe e acomodação em berçário cheio de bebês chorando (CHAMBERLAIN, 1991).

Ainda para Chamberlain (1991), prematuros e neonatos muito doentes enfrentam a dor na tentativa de completar seu tempo de gestação fora do útero ou de serem tratados de suas doenças, durante sua estadia na unidade de terapia intensiva. A dor era presença constante na vida desses bebês, que estavam, muitas vezes, amarrados ou imobilizados, enquanto cânulas traqueais, sondas de aspiração, sondas para gavagem, acessos venosos e outros dispositivos são inseridos em seu organismo. Sua pele delicada é facilmente lesada pelo álcool utilizado para assepsia ou quando os adesivos dos monitores são retirados. A necessidade de interação da mãe com o seu bebê é apenas parcialmente satisfeita devido à impossibilidade de carregá-lo, amamentá-lo ao seio e aconchegá-lo.

O número de procedimentos invasivos aumenta dramaticamente em prematuros abaixo de 30 semanas de idade gestacional, pois tais procedimentos são um reflexo da gravidade clínica e da duração da doença do recém-nascido. Porter e Anand (1997) se referem à realização de três procedimentos invasivos a cada hora em neonatos, durante a fase de maior instabilidade clínica. Em outra pesquisa foram observados cerca de nove procedimentos invasivos a cada semana, em recém-nascidos mais estáveis. Em um estudo longitudinal foram avaliados 144 bebês e revelou que, da admissão à alta da terapia intensiva, os pacientes foram submetidos a aproximadamente 7000 procedimentos, dos quais 6000 foram punções de calcanhar, sendo que, em apenas 3% dos procedimentos, realizou-se alguma medida analgésica específica (PORTER; ANAND, 1998).

Schmitt e Ziellinsk (2008) analisaram a percepção da equipe de enfermagem quanto ao manejo com RN em relação à dor em uma unidade de terapia intensiva em Cascavel no Paraná. Neste estudo foi constatado, através da análise dos questionários, que há um conhecimento superficial da equipe sobre o real número de manipulações dos RN em 24 horas e suas escalas de dor com suas respectivas avaliações.

Ainda se faz importante relatar que achados sugerem que a exposição repetida a estímulos dolorosos no período neonatal transforma a natureza da experiência de dor e a sua expressão mais tarde na infância e, talvez, na vida adulta (ANAND, 2000b). Crianças entre quatro a cinco anos de idade, com peso ao nascer abaixo de 1000 gramas, comparadas com os recém-nascidos a termo, mostraram maior somatização e outras alterações comportamentais. Ainda, em crianças de oito a dez anos de idade que haviam sido prematuras abaixo de 1000 gramas ou bebês a termo, observou-se resposta emocional de maior intensidade nos ex-prematuros confrontados com desenhos de situações de dor. Outros estudos de seguimento de recém-nascidos prematuros submetidos a múltiplos procedimentos dolorosos revelam, na fase escolar, um aumento na incidência de sintomas não ligados à dor, como diminuição na resposta afetiva, déficit neurológico e do desenvolvimento, dificuldade de adaptação social e problemas cognitivos e de aprendizado (ANAND, 2000a).

Dessa forma, as reações fisiológicas, comportamentais e hormonais à dor são evidentes não somente em recém-nascidos a termo, como também em prematuros com repercussão a curto, médio e longo prazo, indicando a necessidade do alívio da dor em pacientes dessa faixa etária expostos a múltiplos procedimentos dolorosos (PRESTES *et al.*, 2005).

3.4 Principais causas do Subtratamento da Dor

Se, por um lado, a dor é um mecanismo de defesa fundamental para qualquer espécie viva contra as agressões externas, é também um sinal de alerta que desencadeia diversas reações fisiológicas, biológicas, comportamentais e hormonais. Essas respostas têm como objetivo evitar ou revidar as agressões recebidas. Na medida em que os recém-nascidos não podem evitar ou revidar as “agressões dolorosas” que, muitas vezes, os mantêm vivos, torna-se importante o alívio da dor e a atenuação dessas respostas, para minimizar as repercussões do fenômeno doloroso (GRUNAU, 2006).

A dor neonatal tem sido historicamente subtratada por várias razões que incluem a complexidade de perceber a dor em pacientes pré ou não verbal (ANAND, 2000b). O desconhecimento da fisiologia, e da fisiopatologia da dor, assim como da farmacologia dos analgésicos, o medo dos efeitos colaterais dos agentes farmacológicos utilizados, o treinamento inadequado da equipe de saúde e o desconhecimento dos profissionais de saúde em relação aos avanços científicos na área de dor (GUINSBURG, 2007). O pouco conhecimento a respeito da dor, por parte dos profissionais de saúde, é comentado por Zielinsk e Schimitt (2008), quando afirmam que os profissionais de saúde têm conhecimento superficial sobre manipulações excessivas e conhecimento das escalas de dor que podem ser utilizadas na UTIN.

Aymar e Coutinho (2008) realizaram uma revisão de literatura sobre o histórico e o estágio atual de conhecimento sobre analgesia sistêmica em neonatos e os fatores que influenciam a sua utilização. Obtiveram como resultados que analgesia não é uma prática rotineira nas UTINs de uma forma geral, apesar dos inúmeros estudos mostrando a importância de ser necessária uma intervenção urgente para se reverter uma situação de dor observada.

O fato da expressão de desprazer do recém-nascido não se encaixar dentro da definição estrita de dor, formulada para pacientes verbais, contribui para a dificuldade em reconhecer e tratar a dor de lactentes e neonatos (ANAND, 2000a). Dentre as muitas concepções errôneas que contribuíram e contribuem para o subtratamento da dor do recém-nascido destacam-se: os recém-nascidos e lactentes pré-verbais não sentem dor, apenas expressam ansiedade em situações que podem parecer dolorosas; a dor, caso sentida, não é recordada; a dor, por ser subjetiva, não pode ser medida de forma confiável; a exposição a opióides predispõe as crianças a se tornarem dependentes na vida adulta; o risco de depressão respiratória ultrapassa a importância do alívio da dor; a administração de uma medicação que alivia a dor provoca dor; o esforço e os gastos requeridos para aliviar a dor não são justificados pelos resultados (GUINSBURG, 2004). Serão abordados, a seguir, dois tópicos que, sem dúvida, permeiam essas concepções errôneas: a dificuldade de avaliar a dor do recém-nascido e o conhecimento e atitude da equipe de saúde frente à dor nessa faixa etária.

3.5 Dificuldade de Avaliar a Dor

Embora a comunidade médico-científica aceite, atualmente, que o recém-nascido é capaz de sentir dor e responder ao estímulo nociceptivo através de várias modificações fisiológicas e comportamentais, observa-se, de maneira geral, a pouca utilização da analgesia nas unidades de terapia intensiva neonatal e em berçários (AYMAR; COUTINHO, 2008). Esse lapso entre o conhecimento científico e a conduta prática clínica deve-se, talvez de modo mais importante, à dificuldade de avaliação e mensuração da dor no lactente pré-verbal (GUINSBURG, 2004). Alguns dirão que a medição da dor é subjetiva e, portanto, não científica. Todavia, esse argumento confunde a subjetividade daquele que sofre a dor com a subjetividade daquele que a mede. Com efeito, a subjetividade daquele que sofre não é discutível, pois a dor é, por natureza, subjetiva.

Segundo Guinsburg (2004), na faixa etária pediátrica e neonatal, pelo fato dos pacientes serem pré-verbais e se encontrarem em diferentes fases do desenvolvimento cognitivo, existem muitas dúvidas quanto à interpretação e avaliação das respostas à dor, dificultando o atendimento adequado à criança. Assim sendo, torna-se fundamental saber avaliar adequadamente a presença de dor para evitar o seu subtratamento e realizar uma abordagem terapêutica correta.

Os parâmetros fisiológicos são rotineiramente monitorados em neonatos doentes, incluindo técnicas variadas que analisam as respostas resultantes da ativação do sistema nervoso simpático após um procedimento potencialmente doloroso. Os mais citados na literatura incluem: medidas da frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, pressão intracraniana, saturação de oxigênio, pressão transcutânea de oxigênio, pressão transcutânea de dióxido de carbono, tônus vagal, sudorese palmar e mensuração dos hormônios de estresse e de suas repercussões metabólicas (KOPELMAN *et al.*, 2004).

Muito embora esses parâmetros sejam objetivos e sensíveis para avaliar a dor na prática clínica, eles não são específicos. Mudanças após um estímulo desagradável doloroso ou não são similares e, em prematuros doentes, a

manipulação mínima e não dolorosa também pode causar mudanças fisiológicas agudas. Dessa forma, as medidas fisiológicas de dor não devem ser usadas de forma isolada para decidir se o recém-nascido apresenta dor e se há necessidade do uso de analgésicos (GUINSBURG, 2004).

Para a avaliação comportamental da dor, os parâmetros mais estudados são a resposta motora à dor (incluindo as alterações do tônus muscular e os movimentos corporais), a mímica facial, o choro e o padrão de sono e vigília (CRESCÊNCIO, ZANELATO; LEVENTHAL, 2009). Essas respostas refletem a totalidade da experiência dolorosa após o estímulo nociceptivo, incluindo os aspectos sensoriais e emocionais intrínsecos à dor, além de diferenças individuais na expressão dessas respostas.

A resposta motora do recém-nascido diante do estímulo doloroso é demonstrada pela rigidez do tórax, movimentos de flexão e extensão das extremidades. As alterações da mímica facial constituem uma das respostas comportamentais fundamentais após o estímulo doloroso, com uma série de movimentos específicos: fronte saliente, fenda palpebral estreitada, sulco nasolabial aprofundado, lábios entreabertos, boca estirada no sentido vertical ou horizontal, língua tensa e tremor do queixo (GRUNAU, 2006).

O choro, como resposta a um estímulo nociceptivo, apresenta uma fase expiratória mais prolongada, a tonalidade é mais aguda, há perda do padrão melódico e aumento de sua duração. Porém, apesar de ser a reação comportamental mais frequentemente associada à dor, cerca de 50% dos bebês não choram quando submetidos a um estímulo doloroso (BRANCO; FEKETE; RUGOLO, 2006).

Com relação ao padrão de sono e vigília, foi demonstrado que, após a circuncisão sem anestesia, o neonato permanece um tempo maior dormindo em sono não – REM, quando comparado a pacientes de mesma idade não circuncidados (GUINSBURG, 2004). Todas essas respostas são de grande importância por serem específicas e por representarem a expressão do fenômeno

doloroso como um todo, incluindo as respostas afetivas e emocionais (CRESCÊNCIO, ZANELATO; LEVENTHAL, 2009).

De acordo com Guinsburg (2006), a dificuldade de avaliação e mensuração da dor no lactente pré-verbal constitui-se no maior obstáculo ao tratamento adequado nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

A avaliação da dor no período neonatal baseia-se:

[...] na avaliação das respostas do recém-nascido a dor. O modelo da avaliação do lactente pré-verbal (neonato) é determinado por modificações de órgãos, sistemas e comportamentos ocorridos após um estímulo doloroso agudo. Assim, a avaliação do neonato baseia-se em alterações das medidas fisiológicas e comportamentais observadas antes, durante e depois de um estímulo potencialmente doloroso (GUINSBURG, 2004, p. 24).

As respostas fisiológicas a estímulos dolorosos em neonatos foram bem documentadas por diversos estudos. A síntese destas observações indica que os estímulos dolorosos provocam uma resposta global de estresse em recém-nascidos. Dentre as várias medidas fisiológicas de dor no recém-nascido ressaltam-se as alterações de frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, saturação de oxigênio, sudorese palmar, tônus vagal (GUINSBURG, 2004).

Outra forma de expressar a dor em RNPT são as atitudes comportamentais, que se fundamenta, na modificação de determinadas expressões comportamentais após um estímulo doloroso, parecendo ser mais sensível e específica na detecção da dor, quando comparada às medidas fisiológicas. As principais variáveis comportamentais analisadas no contexto da dor são as respostas ao estímulo nociceptivo, incluindo as alterações do tônus muscular, os movimentos corporais, o choro, a mímica facial e o estado de sono e vigília (BALDA; ALMEIDA; PERES; GUINSBURG, 2009).

Para Guinsburg *et al.* (2004), a resposta do neonato à punção do calcanhar, sabe-se que em 0,3 segundos ele tenta retirar a perna não puncionada, em 0,4 segundos retira a perna puncionada e com 1,8 segundos ele chora.

Para Segre (2002, p. 303) “o choro, que no RNPT pode ter muitos significados, quando expressa dor, adquire uma tonalidade mais aguda, perde o padrão metabólico que normalmente possui e apresenta uma duração mais prolongada”.

De acordo com Guinsburg *et al.* (2004) o choro tem padrão melódico e frequência do redor de 80 decibéis. Estudos realizados através de espectrografia demonstram que o choro de dor tem características próprias: início súbito, sem antecedência de gemidos. Sabe-se que o choro do neonato, de maneira geral, apresenta-se uma expiratória definitiva, seguida por uma breve inspiração, um período de descanso e, de novo, uma fase expiratória mais prolongada à tonalidade mais aguda e há perda do padrão melódico, com duração aumentada.

Muitos fatores podem dificultar a avaliação do choro como, por exemplo: a falta de habilidade profissional de saúde em identificar seu padrão, o tubo oro - traqueal que impossibilita sua vocalização, a fome e o desconforto.

Além dos parâmetros descritos, existem ainda respostas comportamentais, envolvendo aspectos emocionais com mudanças no ritmo alimentar e diminuição dos períodos de sono (principalmente sono profundo), associados ou não a períodos de irritabilidade acentuada (MARGOTTO, 2006).

As alterações da mímica facial vêm sendo uma das ferramentas mais empregadas no estudo da nocicepção no paciente pré-verbal e progressivamente incorporadas ao arsenal médico para a avaliação e tratamento da dor no período neonatal (BALDA; ALMEIDA; PERES; GUINSBURG, 2009).

O aumento da quantidade de sono não - REM depois de um procedimento doloroso, esta alteração comportamental tem sido interpretada como um mecanismo de fuga do neonato durante um estímulo doloroso, tendo em vista a sua capacidade e estimulação agressiva, além disso, o padrão de sono e vigília do recém-nascido depende da observação criteriosa de quem assiste o neonato, e de uma equipe treinada no manejo e interpretação (GUINSBURG *et al.*, 2004).

No recém-nascido pré-termo (RNPT), no qual a comunicação verbal é inexistente, torna-se um desafio avaliar a dor. A utilização de instrumentos ou indicadores que levam em conta alterações comportamentais e fisiológicas pode auxiliar na qualificação da dor no período neonatal (TAMEZ; SILVA, 2006). Guinsburg (1999), citado por Almeida (2005), afirma que, baseado nas alterações comportamentais, existem, hoje, várias escalas de avaliação da dor, tendo-se como vantagem a aplicação fácil e ausência de agressão ao RNPT.

Na tentativa de dispor de métodos relativamente objetivos para a avaliação da dor, no contexto da subjetividade do fenômeno doloroso, foram elaboradas nos últimos anos, escalas de avaliação da dor unidimensional e/ou multidimensional. Com elas, tenta-se utilizar, simultaneamente, parâmetros fisiológicos (medidas objetivas) e comportamentais (medidas subjetivas) a fim de se obter maiores informações a respeito das respostas individuais à dor e de suas possíveis interações com o ambiente. Dentre as inúmeras escalas de avaliação de dor para o recém-nascido, destacam-se segundo Guinsburg (2010):

- **BIIP (*Behavioral Indicators of Infant Pain*)** – A escala Indicadores Comportamentais da Dor no Lactente é uma modificação recente do Sistema de Codificação Facial do Recém-Nascido (NFCS), que inclui o estado de alerta do recém-nascido e a movimentação das mãos, tornando a avaliação comportamental mais específica e inserida na interação entre paciente e ambiente.
- **NFCS (*Neonatal Facial Coding System*)** – Sistema de Codificação Facial Neonatal. Essa escala unidimensional analisa as expressões faciais do neonato frente à dor. É amplamente utilizada em pesquisa, sendo aceita e validada para avaliar procedimentos potencialmente dolorosos agudos. Trata-se de medida sensível e específica para analisar a dor de pacientes pré-verbais. Consiste na avaliação de respostas de dor por meio da análise da atividade facial do recém-nascido, definida pela presença ou ausência de oito movimentos faciais: testa franzida, fenda palpebral comprimida, sulco naso-labial aprofundado, boca aberta, boca estirada na vertical ou horizontal, língua tensa, protusão da língua e tremor do queixo. Para cada movimento facial presente atribui-se um

ponto, sendo o escore máximo de 8 pontos. Considera-se que a presença de dor quando à pontuação final é superior a três.

- **NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*)** – Escala de Avaliação de Dor no Recém-Nascido. Foi desenvolvida por Lawrence *et al.* (1993), que se baseou na escala de dor do *Children’s Hospital of Eastern Ontário* – CHEOPS. É composta por cinco parâmetros comportamentais e um indicador fisiológico, avaliados antes, durante e após procedimentos invasivos agudos em recém-nascidos a termo e pré-termo. Esta escala permite a mensuração da resposta do neonato aos procedimentos potencialmente dolorosos à beira do leito. A maior dificuldade reside na avaliação do parâmetro “choro” em pacientes intubados – nessa situação, dobra-se a pontuação da mímica facial, sem avaliar o “choro”. O Brasil é considerado pioneiro em aplicação de escalas comportamentais de dor no RNPT.
- **CRIES (*Crying, Requires O2 for Saturation above 90%, Increased Vital Signs, Expression and Sleeplessness*)** – Escore para avaliação da Dor Pós- Operatória do Recém-Nascido. Foi desenvolvido por Krechel e Bildner (1995) para avaliar a dor no pós-operatório de recém-nascidos a termo e prematuros, com idade gestacional entre 32 e 60 semanas. É uma escala prática, fácil e está validada.
- **PIPP (*Premature Infant Pain Profile*)** – Perfil de Dor do Prematuro. Foi desenvolvido por Stevens e Johnston em 1996 para avaliar a dor aguda de recém-nascidos pré-termos. É um instrumento válido sensível e específico para a avaliação da dor após procedimentos agudos em prematuros.
- **EDIN (*Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né*)** – A Escala de Dor e Desconforto do Recém-Nascido foi desenhada para avaliar a dor persistente do recém-nascido criticamente doente. A sua aplicação é fácil e prática, permitindo acompanhar o comportamento do paciente por períodos mais prolongados a fim de adequar a terapêutica necessária

O reconhecimento das respostas comportamentais e fisiológicas representa um desafio para a equipe de saúde. Através da correta interpretação da

gama de respostas apresentadas pelo recém-nascido frente a um estímulo nociceptivo, os profissionais de saúde podem aprimorar o tratamento da dor nos bebês doentes e prematuros, a fim de melhorar a sua sobrevivência e minimizar o estresse e a dor tão presentes no ambiente da terapia intensiva.

Os Conhecimentos e as atitudes dos profissionais de saúde a respeito da dor no recém-nascido prematuro são contraditórios. Há algumas décadas autores discutem de forma muito clara esse assunto, porém, como confirmam os autores a seguir, na prática, ainda são pouco utilizados os recursos e técnicas que minimizem esta dor, ou até mesmo, escalas específicas para identificar a dor.

A abordagem diagnóstica e terapêutica de uma criança gravemente enferma, seja no setor de emergência ou na unidade de terapia intensiva, é quase sempre invasiva e dolorosa. Procedimentos como punções dos mais variados sítios, cateterismos vasculares, intubação traqueal, sondagem vesical, etc., são frequentemente realizados, levando o paciente à agitação, à ansiedade, ao estresse e à dor (KOPELMAN *et al.*, 2004). Para uma atenuação desses fenômenos, é preciso que os profissionais de saúde estejam atentos e atualizados quanto às opções existentes em termos de avaliação e tratamento do fenômeno doloroso no período neonatal. Nesse sentido, é interessante observar as informações existentes na literatura a respeito do conhecimento e das atitudes dos profissionais de saúde quanto à dor no período neonatal.

Se para um paciente adulto, que verbaliza a dor, há discordâncias entre médicos e pacientes quanto à necessidade de analgesia, para o neonato, que ainda não fala, a situação é mais delicada. O recém-nascido que necessita de cuidados hospitalares depende sobremaneira da sensibilidade, capacidade de percepção e conhecimento dos profissionais de saúde para que sua dor possa ser aliviada.

Nóbrega, Sakai e Krebs (2007) sugerem em seu estudo, que os profissionais de saúde utilizem a forma mais ampla, medidas analgésicas no tratamento dos RN, destacando a importância da prevenção das repercussões tardias da dor experimentada nesta faixa etária. Não bastasse a dificuldade inerente à avaliação de um fenômeno subjetivo em um paciente que não fala, numerosos

fatores ligados às características do profissional que observa a dor e do paciente que sente a dor podem interferir nessa avaliação, contribuindo para o seu subtratamento na faixa etária neonatal.

Elias *et al.* (2008) realizaram um estudo transversal com 52RN e 154 adultos, com o objetivo de verificar se pais e profissionais de saúde que trabalham em UTIN avaliam de maneira semelhante a presença e a magnitude da dor no RN. Concluíram que em razão dos múltiplos fatores que podem contribuir para a heterogeneidade da avaliação feita por observadores adultos da dor neonatal e da dificuldade de se controlar tais fatores, recomenda-se o uso de instrumentos validados para a avaliação da dor de recém-nascidos criticamente doentes.

Pode-se, portanto, notar que um dos maiores problemas para o tratamento adequado da dor no recém-nascido refere-se à utilização dos conhecimentos científicos a respeito da presença, do diagnóstico e do tratamento da dor na prática diária dos profissionais de saúde. Além disso, a incorporação desses conhecimentos depende sobremaneira de uma série de fatores subjetivos que podem alterar para mais ou para menos a habilidade do profissional de reconhecer e tratar a dor do paciente pré-verbal.

3.6 Prevenção da Dor no RNPT

A avaliação do nível de conforto para a dor é o primeiro passo no processo do manejo da dor. Uma vez identificada a presença da dor, esta deve ser tratada, em técnicas de alívio da dor, um conjunto farmacológicos e agentes não-farmacológicos.

De acordo com Almeida (2005), cuidados simples podem evitar a desorganização nos RNPT. Controlar luzes fortes, reduzir o ruído à sua volta, racionalizar manipulações, evitar esparadrapo na pele dos RNPT e realizar, quando possíveis, coletas indolores através de cateteres centrais preservando, assim,

períodos livres para o sono. Deve-se estimular o contato dos pais com o neonato favorecendo, assim, seu bem estar físico e psicológico.

Já para Guinsburg (2006), as coletas de sangue devem ser agrupadas e o uso de cateteres centrais estimulado, deve-se utilizar pequena quantidade de esparadrapo e outras fitas adesivas, quando da fixação dos acessos venosos, arteriais, cânulas endotraqueais e dreno torácicos, entre outros.

Intervir no ambiente, como rever o design da UTI; eliminar os ruídos desnecessários como conversas altas, rádios, campainhas, celulares, água do circuito do respirador; usar protetores de ouvido nos RNPT em algumas situações, como na hipertensão pulmonar e nas duas primeiras semanas de UTI; usar mantas espessas sobre a incubadora, que diminuem o impacto sonoro de pancadas no acrílico da incubadora; usar “abafadores” em pias, portas, gavetas, lixeiras, hampers e superfícies para manuseio de materiais; usar cueiros nas incubadoras, promovendo um ambiente mais escuro; empregar iluminação individualizada, com reguladores da intensidade luminosa e foco para procedimentos; conter o RNPT em ninhos feitos de lençóis, toalhas e compressas, assim como, também, fazer uso de enrolamento com auxílio de compressas, que facilitam as extremidades em flexão, aproxima as mãos da boca, melhorando tônus e postura, respostas comportamentais (SILVA, 2003).

O contato físico entre mãe e filho durante procedimentos agudos tem se mostrado eficaz para diminuir a dor do recém-nascido, quando se estuda a mímica facial de dor e o choro, após punções capilares. Pode-se preconizar o uso desse recurso em neonatos saudáveis, que necessitam de um procedimento doloroso isolado, como punção capilar ou venosa ou injeção intramuscular (GUINSBURG, 2006).

Um importante aliado contra a dor e o estresse neonatal na UTIN é o Programa Método Canguru, do Ministério da Saúde, que incentiva o contato pele a pele precoce entre a mãe e o RNPT hemodinamicamente estável. A criança, vestindo apenas uma fralda, é colocada em contato com o corpo da mãe na posição vertical, na região torácica, entre os seios, durante o tempo que ambos entenderem

ser prazeroso e suficiente. Para firmar a criança de uma maneira confortável contra o peito materno, é colocada uma faixa, imitando a bolsa do canguru. Dentre as inúmeras vantagens, o método contribui para estimular o desenvolvimento físico e emocional do RNPT, incentivar o forte apego mãe-filho, beneficiar a lactação e a amamentação; promover a redução do estresse e do choro; transmitir calma, segurança e serenidade ao bebê pelo som da voz materna e auxiliar na estabilização de parâmetros fisiológicos como o batimento cardíaco, a oxigenação e a temperatura corporal do neonato (LAGO *et al.*, 2007).

4 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E NÃO FARMACOLÓGICO DA DOR

A Resolução nº. 41/95, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalar, também reforça, em seu artigo 7º, “o direito do recém-nascido de não sentir dor, quando existam meios para evitá-la”(BRASIL, 1991). Segundo Guinsburg e Balda (2004), não há indicações absolutas para o emprego de analgésicos em recém-nascidos, sendo que a decisão a respeito de avaliar a dor do neonato deve ser individualizada, porém não esquecida.

Convém mencionar, que para o tratamento farmacológico da dor, deve-se considerar a idade na farmacocinética das medicações. A eliminação de analgésicos acontece de maneira mais lenta nos neonatos quando comparados com crianças mais velhas e adultos, por esta razão, os recém-nascidos podem se tornar mais susceptíveis aos efeitos adversos dos agentes analgésicos, sendo necessária adequada dosagem e observação para o uso seguro de analgesia nesta faixa etária (GASPARDO, 2006).

A administração de agentes farmacológicos para dor tem como principal objetivo amenizar a dor causada por procedimentos dolorosos e invasivos (TAMEZ; SILVA, 1999). Os agentes farmacológicos analgésicos devem ser administrados mesmo antes de se apresentarem sinais de alterações fisiológicas e de comportamento associados com o processo de dor (COSTA E MALBA, 2005). Segundo Este autor:

- ✓ Analgésicos Não Opióides: Paracetamol é o único medicamento seguro desse grupo para uso neonatal, deve ser administrado na dose de 10 a 15 mg/kg/dose, via oral no RN e 10 mg/kg no prematuro, de preferência por via oral.
- ✓ Analgésicos Opióides: Dentre os opióides os mais utilizados no período neonatal destacam-se a morfina a meperidina e o citrato de fentanil.
- ✓ Para Guinsburg (1999), meperidina não se constitui em opióide de escolha no período neonatal, pois apresenta vários efeitos cardiovasculares, ocasionando diminuição do débito cardíaco e hipotensão arterial. Além disso, seu metabólito, a normeperidina, pode

levar ao aparecimento de tremores, hiperreflexia e crises convulsivas no recém-nascido.

- ✓ Anestésicos Locais: Os anestésicos locais deveriam ser usados para aliviar a dor associada aos procedimentos, o mais usado é a lidocaína.
- ✓ Sedação no Recém-Nascido: São agentes farmacológicos que diminuem a atividade, ansiedade e a agitação, mas não reduzem a dor. Dentre os sedativos disponíveis para o uso no RN destacam-se o hidrato de Cloral, os Barbitúricos e os Diazepínicos.

O principal objetivo no manuseio da dor é a utilização de intervenções que venham minimizar a intensidade e a duração da dor. Podem ser utilizadas intervenções não-farmacológicas ou farmacológicas de acordo com a circunstância. Uma vez administrada a intervenção indicada, deve ser feita uma avaliação novamente da dor, 15 a 30 minutos após a intervenção, certificando-se da efetividade do tratamento administrado (TAMEZ; SILVA, 2006).

Usar a sucção não-nutritiva com o uso da chupeta inibe a hiperatividade e modula o desconforto de recém-nascido, ajudando-o a se organizar após o estímulo agressivo, minimizando as repercussões fisiológicas e comportamentais; tal recurso pode ser aplicado durante a realização de pequenos procedimentos, como, por exemplo, coleta de sangue (SEGRE, 2002).

Embora existam controvérsias a respeito do uso da chupeta em unidades neonatais e a sua associação com um possível desestímulo ao aleitamento materno, a sucção não nutritiva em pacientes prematuros e muito manipulados parece ser de grande utilidade na organização neurológica e emocional do recém-nascido após o estímulo agressor. Acredita-se que o seu emprego deva ser até estimulado de maneira seletiva, em populações neonatais específicas. (GUINSBURG, 1999).

Segundo Gasparly e Rocha (2004), a sucção não-nutritiva está associada com o aumento na oxigenação, melhorando assim a respiração e o funcionamento intestinal. Além disso, a sucção inibe a hiperatividade e a intensidade do desconforto, minimizando as repercussões fisiológicas e comportamentais; apesar de não reduzir a dor, ajuda o RN a se organizar após o estímulo doloroso.

Estudos em recém-nascidos a termo e prematuro mostram que, durante a coleta de sangue, a solução adocicada diminui o tempo de choro e atenua a mímica facial de dor, comparada à água destilada e à própria sucção não-nutritiva. Dentre as várias soluções estudadas a de sacarose parece ser a mais efetiva, embora a glicosada também tenha poder analgésico. Assim, é possível recomendar o emprego clínico de soluções glicosadas (1,0ml a 25% ou 2,0ml a 12,5%), por via oral (administradas na porção anterior da língua), cerca de dois minutos antes de pequenos procedimentos, como punções capilares ou venosas. Deve-se lembrar que, o emprego da solução adocicada só reduz em cerca de 20% os escores de dor (SILVA, 2003).

Na amamentação tem evidências recentes que demonstram, de fato, um robusto efeito analgésico da amamentação antes, durante e logo após a punção capilar em neonatos a termo. A extensão desse achado para recém-nascidos prematuros e/ou doentes vem sendo estudada (KOPELMAN *et al.*, 2004).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo e Natureza do Estudo

O estudo é de natureza exploratória, a partir de uma abordagem qualitativa, que segundo Minayo (2010), responde a questões muito particulares, tendo em vista, que ela se ocupa, no campo das ciências sociais, com um nível de realidade não reduzível a números, por se tratar de um universo composto por significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

De acordo com Gil (2008), a pesquisa exploratória realiza descrições precisas da situação e quer descobrir as relações existentes entre os elementos componentes da mesma. Esta pesquisa requer um planejamento flexível para possibilitar a consideração dos mais diversos aspectos de um problema ou de uma situação.

A escolha pela pesquisa qualitativa neste trabalho se faz pela natureza do objeto pesquisado. Isto facilitou a compreensão e interpretação dos dados obtidos, pois, segundo Minayo (2010), a abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, já que são da mesma natureza.

5.2 Local da Pesquisa

O Hospital e Maternidade Jesus Maria e José (HMJMJ) é uma entidade filantrópica, que contempla o título de Hospital Amigo da Criança, sendo conveniado ao SUS e cooperativas privadas. Está localizado em Quixadá-Ce, município pólo da região. A instituição atende a demanda do sertão central cearense, sendo serviço de referência regional em obstetrícia e pediatria, e único do sertão central com serviços de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Banco de Leite Humano e Casa

da Gestante. Composto por 48 leitos de pediatria, 26 leitos destinados a pós-cirúrgico, 27 leitos de obstetrícia, 12 de UTIN e oito da Casa da Gestante.

A UTIN desta instituição foi inaugurada em 1997 e permanece em pleno funcionamento até os dias atuais. Conveniada ao SUS, contempla um total de 12 leitos, sendo oito destinados aos RN de alto risco e quatro aos RN de médio risco. A escolha por esta unidade se deu pelo fato de ser onde desenvolvo meu trabalho.

O atual corpo de funcionários da unidade é composto por uma equipe mínima de três médicas pediatras, as quais se revezam em plantões de 24hs e alternam plantões de final de semana, estando, portanto, a UTIN com total cobertura da parte médica. As técnicas de enfermagem totalizam 11, trabalham em regime de plantão de 6hs, alternando os turnos manhã, tarde e noite e duas folgas semanais, permanecendo sempre duas técnicas por turno. Uma enfermeira que cumpre carga horária de 8hs por dia (manhã e tarde) de segunda a sexta-feira, não trabalhando nos finais de semana. Duas fisioterapeutas; Uma que trabalha pela manhã de segunda à sexta, 20hs semanais, sendo esta a pesquisadora, a qual foi incluída como pesquisadora, e outra fisioterapeuta que trabalha nos dias de segunda, quarta e sexta no período da tarde, 12hs por semana.

Esta unidade de terapia intensiva recebeu fiscalização em Novembro de 2010, da secretaria da saúde do Estado do Ceará, sendo advertida quanto às instalações atuais. Foi realizado um projeto de reforma da estrutura para melhor atender aos recém-nascidos que precisam da assistência, porém, o financiamento ainda está indefinido. Foram compradas e já estão sendo utilizadas novas incubadoras e monitores digitais de última geração, assim como já aconteceu o treinamento da equipe para utilização deste material.

5.3 Sujeitos da Investigação

Os sujeitos da pesquisa foram nove membros da equipe de saúde da UTIN, observando alguns critérios: 1- Que na ocasião da coleta de dados estavam trabalhando na unidade referida há pelo menos seis meses; 2- Aceitaram, concordaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Por ser uma pesquisa qualitativa, não nos detivemos ao quantitativo de sujeitos entrevistados e observados. O importante foi o aprofundamento e abrangência da compreensão do fenômeno estudado.

Assim, no decorrer da pesquisa, foi delimitada a amostragem considerada ideal, aquela que, segundo Minayo (2010), segue o critério de saturação, o qual se entende pelo momento onde o pesquisador consegue entender a lógica interna do grupo ou coletividade.

Dentro do contexto da interdisciplinaridade, a intenção foi abordar cada categoria de profissionais existente no cotidiano dos serviços da UTIN, por isso optamos em dividir didaticamente os profissionais em grupos por categoria, desta forma: Técnicos de enfermagem, Enfermeiro, Médico e Fisioterapeuta.

A aproximação com a equipe de saúde da UTIN aconteceu de forma tranquila, com algumas exceções, como por exemplo, o acesso às médicas e à fisioterapeuta, que atendem em diversos setores. Ao serem esclarecidas previamente sobre os objetivos deste trabalho, mostraram interesse sobre o assunto e se dispuseram a ajudar na realização da pesquisa. Deixamos claro, a elas, que tinham a liberdade de recusar-se a participar neste trabalho, bem como falamos de nossa disponibilidade de tempo para realizar as entrevistas e para o esclarecimento de dúvidas que surgissem. Antes de iniciar esta pesquisa, comunicamos a comissão interna de pesquisa do hospital, assim como apresentamos aos sujeitos da pesquisa o parecer do comitê de ética do Hospital Geral de Fortaleza. Os sujeitos tiveram seus nomes mudados para nomes de elementos da natureza para preservar-lhes o anonimato.

Das onze técnicas de enfermagem, sete colaboraram respondendo a entrevista e permitindo serem observadas. Dentre as outras quatro, uma estava de férias, uma de licença por motivo de doença, e outras duas haviam sido mudadas de setor naquele período. Das pediatras, apenas uma foi possível, pois sempre que procuramos as outras duas, em seus dias de plantão, elas estavam sozinhas para atender à UTIN, sala de parto, alojamento conjunto e pediatria, tornando-se impossível a disponibilização de um tempo específico para responder aos questionamentos. A fisioterapeuta também não participou da coleta de dados, pois em seus horários de trabalho não havia tempo disponível para a entrevista, tendo em vista que seus atendimentos são realizados em diversos setores da instituição, como: Pediatria, pré-parto, pós-operatório e UTIN. A única enfermeira do setor colaborou com todo o processo da coleta, disponibilizando inclusive a escala de funcionários daquele período.

5.4 Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados

Utilizamos como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada e observação sistemática da prática dos profissionais de saúde da UTIN do HMJMJ. O roteiro da entrevista estava composto dos seguintes itens: 1) Identificação- Idade, profissão, especialidade, tempo de formação profissional, tempo de serviço na UTIN; 2) Dados específicos- na visão do profissional, se o RNPT sente dor e fala um pouco sobre essa dor; como é percebida essa dor no RNPT; se conhece e/ou utiliza algum instrumento para avaliar a dor do RNPT; se acha importante minimizar a dor e porque; e se é usado por eles, alguma medida farmacológica ou não farmacológica para minimizar a dor do RNPT, quando é utilizada e qual é essa medida. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente.

As entrevistas foram realizadas com a duração de quinze minutos para cada sujeito, em uma sala dentro da UTIN, nos períodos da manhã, tarde e noite, para que fosse possível coletar dados dos profissionais dos três turnos da UTIN. Para Minayo (2010), a entrevista semiestruturada obedece a um roteiro (APÊNDICE A), que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador. Por ter um apoio claro

na sequência das questões, facilita a abordagem e assegura ao investigador que seus pressupostos serão cobertos na conversa.

Utilizamos, também, a observação sistemática ou estruturada, que, segundo Minayo (2010), é uma observação seletiva, porque o pesquisador vai observar uma parte da realidade, natural ou social, a partir de sua proposta de trabalho e das próprias relações que se estabelecem entre os fatos reais; as categorias necessárias à análise da situação devem ser estabelecidas antecipadamente. Foi utilizado um instrumento previamente definido, contendo as categorias necessárias ao estudo (APÊNDICE B).

Os dados foram colhidos de Fevereiro a Março de 2011. Primeiramente, realizamos a entrevista, e logo após iniciamos a observação sistemática com o intento de verificar como eles transpõem para a prática os conhecimentos que têm sobre a dor no RNPT.

As situações que mais ocorreram nos momentos observados foram a realização de punção venosa, troca de fralda, banho, aspiração, gasometria, mudança de decúbito, higiene no leito, pesagem, ausculta e cateterismo umbilical. Cada sujeito foi observado em dois períodos diferentes, realizando atividades específicas em cada turno. Estes registros totalizaram 18 situações. O período total de observação correspondeu a 36 horas.

A coleta dos dados teve início após a provação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza, que se deu no dia 28/01/2011, com o seguinte número de protocolo: 091222/10. Todos os procedimentos éticos de condução da pesquisa foram cumpridos.

5.5 Análise e interpretação dos discursos

Todos os discursos colhidos nas entrevistas foram analisados segundo os objetivos da pesquisa. Passamos por diversas etapas ao longo do nosso processo metodológico assim delineadas:

- a) Transcrição e digitação das falas advindas das gravações;
- b) Leitura exaustiva dos discursos;
- c) Recortes de trechos dos discursos para organização final de cada discurso;
- d) Confronto dos discursos dos profissionais de saúde com as observações feitas dos mesmos durante os cuidados prestados aos RNs, para perceber as convergências e divergências;
- e) Organização de categorias;
- f) Interpretação segundo o referencial teórico do estudo.

6 ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO: CONHECIMENTOS E A PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DA UTIN

6.1 Perfil dos Sujeitos

Dos nove sujeitos entrevistados, sete eram técnicos de enfermagem, um médico e um enfermeiro. Sendo que, destes profissionais 100% são do sexo feminino. Isso demonstra a predominância do sexo feminino na área da saúde, em particular da enfermagem, já relatada pela literatura. Lima (1993) diz que historicamente a associação do gênero feminino à enfermagem é significativa na divisão técnica, social e política do trabalho, pois tem implicado um menor prestígio profissional.

A faixa etária que predominou entre os sujeitos foi de 42 a 47 anos, com 44%, seguida das faixas etárias 30 a 35 anos e 48 a 53 anos, com 22% cada uma; por último ficou a faixa etária de 36-41, com 11%. Portanto, a maior parte dos sujeitos da pesquisa tem até 47 anos, ou seja, eles estão numa fase da vida considerada produtiva, com vigor físico e mental para desenvolver suas atividades profissionais.

Os técnicos em enfermagem exercem a profissão há pelo menos 13 anos, sendo que a que concluiu o curso há mais tempo tem 18 anos de formação. Quanto ao tempo de serviço na UTIN, apenas uma trabalha há seis meses, todas as outras estão na função há mais de 10 anos. A enfermeira tem 18 anos de graduação e há 11 exerce sua função na UTIN. A pediatra tem 29 anos de formação acadêmica e há 13 trabalha nesta unidade. É interessante ressaltar que, segundo informações da coordenadora da UTIN, estas profissionais, inclusive a que trabalha apenas há seis meses na UTIN, já foram capacitadas quanto à humanização em saúde, com cursos de pelo menos 20 horas semanais, e no conteúdo foi abordado o assunto em questão: DOR NEONATAL. Isto leva-nos a inferir que toda a equipe teve acesso a informações importantes quanto ao manejo dos RNPT, assim como o favorecimento

a estes no que diz respeito à minimização da dor dentro do ambiente de terapia intensiva neonatal.

6.2 O que os Profissionais de Saúde entendem sobre dor no RNPT

Neste tópico, analisamos as respostas obtidas nas entrevistas, que estão categorizadas nos quadros a seguir. É importante ressaltar que em algumas perguntas, os entrevistados deram mais de uma resposta.

Quadro 1 – Na sua visão, o RNPT sente dor?

RESPOSTAS OBTIDAS	f
- Sim	09
○ É um bebê muito sensível, sente mais dor que o bebê comum...	02
○ A gente sabe quando ele está muito agitado, chorando, inquieto...	07

Fonte: Elaboração da autora

Quando perguntamos à equipe se o RNPT sente dor e pedimos também para falar sobre esta dor, obtivemos unanimidade no que diz respeito a todos acharem que esse bebê sente dor. Quando falaram sobre essa dor, duas profissionais ressaltaram sobre a maior sensibilidade do RNPT em relação ao bebê a termo. As outras sete, dentre elas a médica, colocaram situações que o bebê manifesta a dor como, choro, agitação e inquietude, mas não falaram de forma mais geral sobre a dor.

Foi percebido, nesta primeira indagação aos profissionais, uma certa dificuldade ou até mesmo desconforto para falar da dor do RNPT. Ao mesmo tempo em que todos eles afirmam que esse bebê sente dor, quando foi solicitado para falar um pouco sobre essa dor, há um certo silêncio. É como se não conseguissem explicar ou explicitar essa dor. Talvez por isso fosse mais fácil quantificar em sinais, como a maioria fez, citando choro, inquietude, entre outros.

Sousa (2006) diz que o bebê na UTIN é visto como um objeto sem identidade, sendo excessivamente manipulado e dividido em problemas. Talvez quando pedi que falassem desta dor, os profissionais se deram conta do cuidar tecnicista e mecânico oferecido aos RN, por isso a dificuldade em falar mais claramente sobre a dor em si.

De acordo com Margotto (2006), muitos profissionais de UTI Neonatal evitam sentir a dor junto com o bebê se distanciando emocionalmente. Esta forma de agir existe há décadas e, no final das contas, o bebê acaba sendo percebido como um objeto do cuidado e não como um ser humano na relação do cuidado. Quando se adquire a capacidade de sentir dor, você atribui uma personalidade ao cuidado. O mesmo autor afirma que a dor e a consciência estão integradas.

Quadro 2 – Como você percebe que o RNPT está com dor?

PERCEPÇÃO	f
Demonstra com gestos, franze a testa, chora, fica inquieto, muda o comportamento	09
Aumenta a frequência cardíaca e respiratória, faz movimentos bruscos.	01

Fonte: Elaboração da autora

Foi perguntado à equipe como se percebe que o RNPT está com dor, todos os profissionais responderam que através do comportamento, dos gestos como franzir a testa, o choro, a inquietude. Apenas uma profissional acrescentou as alterações conhecidas como fisiológicas relacionadas à frequência cardíaca e respiratória.

Segundo Prestes *et al.* (2005), as reações fisiológicas, comportamentais e hormonais à dor são evidentes não somente em recém-nascidos a termo, como também em prematuros, indicando inclusive a necessidade de alívio de dor nesses pacientes.

Fica claro, nesta questão, que a equipe consegue detectar quando um RNPT está sentido dor, seja pelas questões comportamentais, ou fisiológicas. Não resta dúvida que é bastante perceptível a reação do bebê a um procedimento doloroso, ou a um simples manuseio que cause desconforto, como a mudança de decúbito, o banho, a higienização e até mesmo a troca de fraldas.

Para Annand (2000a), existe entre os profissionais de saúde uma certa dificuldade em reconhecer quando um bebê está com dor. Neste estudo, as evidências mostram que, para estes sujeitos, esta dificuldade não é real, pois a

identificação dos sinais de dor fica bastante clara para todos profissionais entrevistados.

Quadro 3 – Você conhece e/ou utiliza algum instrumento para avaliar a dor do RNPT?

RESPOSTA	f
Não conheço	08
Já ouvi falar, mas não utilizo.	01

Fonte: Elaboração da autora

Mesmo com tantas escalas de avaliação de dor existentes nos dias de hoje, como a NFCS, NIPS, CRIES e PIPP, que são as mais utilizadas por sua fácil aplicação, a maioria dos sujeitos entrevistados não tem o conhecimento destes instrumentos; a única que já ouviu falar não utiliza dentro de sua rotina de trabalho.

Guinsburg (2006) afirma que há um lapso entre o conhecimento científico e a conduta prática clínica. Talvez por esta afirmação haja uma resistência dos profissionais em não utilizarem as escalas de dor, pela própria falta de conhecimento deste material. Para a autora, a dificuldade de avaliação e mensuração da dor no lactente pré-verbal constitui-se no maior obstáculo ao tratamento adequado nas unidades de terapia intensiva.

Segundo a literatura, o subtratamento da dor está diretamente relacionado com a pouca prática na utilização das escalas de dor. Existem diversos fatores que dificultam a utilização destas escalas pelos profissionais de saúde, dentre elas a ideia de que a medição da dor é subjetiva, não científica. Esse conceito dificulta a utilização de instrumentos validados que auxiliam no diagnóstico e na abordagem terapêutica correta (GUINSBURG, 2006).

Quadro 4 – Você acha importante diminuir a dor no RNPT? Por quê?

RESPOSTAS	f
- Sim	09
○ Diminuindo a dor, ele vai evoluir melhor, recuperar mais rápido.	03
○ Com dor, ele se estressa e diminui sua imunidade.	01
○ A dor pode trazer sequelas futuras como pânico de alguns barulhos.	01
○ Temos que amenizar a dor.	03
○ Com o bebê chorando a gente não consegue fazer nada...	01

Fonte: Elaboração da autora

Observa-se que todos consideram importante diminuir a dor no RNPT; três destes, falam em relação a uma melhor evolução do quadro e recuperação do bebê. Seus discursos defendem que a minimização da dor está diretamente ligada à sua evolução. Apenas um dos sujeitos da pesquisa fala em relação ao estresse ocasionado neste ambiente (UTIN), e especificamente que o estresse pode ocasionar uma baixa na imunidade, deixando esse RN mais susceptível a aquisições de infecção, prolongando mais sua estadia na UTIN. Relatam, também, sobre possíveis problemas psicológicos que mais tarde a criança venha desenvolver, como por exemplo, pânico de alguns barulhos, aversão ao toque, devido ao que foi vivenciado no ambiente da unidade de terapia intensiva. Três técnicas de enfermagem citam a importância em amenizar essa dor para manter o bebê calmo, desta forma, proporciona-se conforto e menos sofrimento para ele. A resposta que mais me chamou atenção foi o sujeito que diz não conseguir fazer nada quando o bebê está chorando. Ficou evidente na fala desta profissional, que o importante para ela era dar conta da rotina estabelecida pela unidade. Quando o RN chora, “atrapalha” seu trabalho, pois tudo é muito cronometrado, e para acalantar leva um certo tempo.

Margotto (2006) reforça que a assistência centrada na patologia, a falta de treinamento específico, de recursos humanos e materiais, o envolvimento com os modernos equipamentos, a sobrecarga de trabalho e a lista de rotinas a serem cumpridas na unidade, são realidades que também dificultam o reconhecimento das reações de dor esboçadas pelo recém-nascido. Neste estudo, porém, foi observado que esta profissional sabe detectar quando o bebê sente dor de acordo com suas respostas à entrevista, mas, não é dada a devida importância a este episódio. Ao ser observada, no turno da manhã, realizando uma mudança de decúbito no RNPT, este se apresentava inquieto, mesmo assim, ela não realizou nenhuma medida de alívio durante esta conduta, com isso, após esse manuseio, o bebê apresentou choro intenso. Em outra observação desta mesma técnica de enfermagem no período da tarde de outro dia, durante uma higienização no leito o bebê apresentava choro, ela logo conversou baixinho e rapidamente com ele, que permaneceu no leito choramingando (choro de intensidade mais fraca). Em uma de suas respostas na entrevista, ela cita como forma de acalmar o bebê, colocar no peito da mãe e usar um paninho, como forma de aconchego, porém, em sua prática, não executou

nenhuma das duas formas citadas por ela mesma. Enfim, foi percebida, neste momento, uma importante contradição entre a teoria e a prática desta profissional.

Baseado em Scochi *et al.* (2006), a humanização deve fazer parte da filosofia da equipe de saúde. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana. Esta irá conduzir o pensamento e as ações da equipe, tornando-a capaz de criar uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil para aqueles que necessitam dos cuidados de uma unidade de terapia intensiva.

Quadro 5 – Durante o manuseio de rotina, você usa alguma medida farmacológica ou não farmacológica para minimizar a dor do RNPT? Quando usa e qual a medida?

RESPOSTAS	f
- Sim	09
○A farmacologia é usada quando o médico prescreve: Glicose a 25% e 50%, dormonid, fentanil, fenocris, principalmente em ventilação mecânica	07
○Medicamentosa não.	01
○Não farmacológica é usada a chupeta de glicose, aquecer com paninhos, mudando a posição, sucção não nutritiva, colocar o bebê no peito da mãe, aconchego da mãe.	09
○Bico anatômico.	01

Fonte: Elaboração da autora

Todos os profissionais dizem utilizar alguma medida de alívio de dor, seja ela farmacológica ou não farmacológica. Sete dos entrevistados dizem usar medicamento de acordo com a prescrição médica e citam os remédios utilizados como o dormonid, fentanil, fenocris e a glicose, que foi citada por um entrevistado como sendo um procedimento farmacológico. Apenas uma profissional diz não utilizar procedimento medicamentoso e outra não fala neste tipo de procedimento. Em relação aos procedimentos não farmacológicos, 100% dos sujeitos preferem fazer uso de algum tipo de medida de alívio de dor, como a chupeta de glicose, aquecer o RN com paninhos, mudança de posição, sucção não nutritiva, bebê no peito da mãe, aconchego da mãe. Houve apenas uma profissional que relatou o bico anatômico como forma de aconchego, porém, uma vez que o hospital é amigo da criança, sabe-se que é estritamente proibida esta conduta, assim como, não foi observada a presença de tal objeto nesta unidade.

6.3 Como os Profissionais de Saúde Transpõem para a Prática o Conhecimento sobre a Dor do RNPT

Durante o período da coleta foram observados 18 situações envolvendo aspectos diretamente relacionados a como os profissionais de saúde percebem e lidam com a situação de dor no RNPT. À medida que as situações foram ocorrendo, constatamos que elas se concentraram em momentos da prática dos sujeitos em que eles mantêm mais contato direto com o bebê. Em tais momentos é que os profissionais de saúde se confrontam com a necessidade de utilizar seus conhecimentos teóricos para melhorar sua práxis.

6.3.1 Procedimentos Dolorosos, Reações do RNPT e Conduta Profissional

Dentre os procedimentos dolorosos realizados no período da observação, a punção venosa, aspiração, gasometria arterial e o cateterismo umbilical, foram verificados em sua maioria no período da manhã. A punção venosa foi realizada pelas profissionais Rosa e Água; nas duas circunstâncias os bebês encontravam-se chorando no início do procedimento, não receberam nenhuma medida de alívio da dor e continuaram com choro intenso até o final da observação. As duas profissionais citadas sabem identificar sinal de dor no RN, como foi constatado em suas entrevistas, descrevem como aliviar a dor com medidas não farmacológicas como a chupeta de glicose citada por ambas, porém, em sua rotina, não utilizaram.

A aspiração traqueal foi realizada pela profissional Flor, no período da tarde, com o RNPT chorando, não foi realizada nenhuma medida de alívio e o bebê permaneceu inquieto após o procedimento.

A gasometria arterial foi colhida pela profissional Estrela, no período da manhã, momento em que o bebê já se encontrava chorando, porém, foi realizada chupeta de glicose por dois minutos e foi observado que este RNPT se acalmou e continuou sugando sem choro enquanto Estrela continuava a colher seu sangue. Esta profissional relata em sua entrevista, diversas formas de aconchegar o bebê

durante um manuseio que provoque a dor, inclusive a utilização da sucção e chupeta de glicose, assim como a mesma fez durante sua prática.

O cateterismo umbilical foi realizado no período da tarde pela profissional Terra, auxiliado por Rosa. O bebê estava chorando e bastante inquieto, não foi utilizado medida de alívio, mesmo Terra tendo autonomia para fazê-lo. O RNPT continuou da mesma forma. Esta profissional relata, na entrevista, várias formas, inclusive farmacológica, de alívio de dor, porém não as utilizou em sua rotina de trabalho.

Os profissionais que realizaram os procedimentos dolorosos como a punção venosa, aspiração traqueal e o cateterismo umbilical, apesar de terem um pensamento uniforme sobre a crença de dor nestes pacientes, foi observado que a prática da analgesia não faz parte de sua rotina.

Através deste estudo, podemos concordar com a pesquisa de Aymar e Coutinho (2008), quando diz que a analgesia não é uma prática rotineira nas UTINs de uma forma geral, apesar dos inúmeros estudos mostrando a importância de ser necessária uma intervenção urgente para se reverter uma situação de dor observada.

Foi percebido, nestas situações, que é de extrema importância que a equipe de saúde seja sensível e tenha conhecimento suficiente para perceber e identificar os sinais de dor no prematuro, porém, há uma necessidade urgente da adoção de rotinas escritas para mensuração e tratamento da dor nesta unidade de terapia intensiva, garantindo assim uma atenção humanizada ao recém-nascido. Para Guinsburg (2006), a dificuldade de avaliação e mensuração da dor no lactente pré-verbal constitui-se no maior obstáculo ao tratamento adequado na UTINs.

6.3.2 Manuseios de Rotina, Reação dos RNPT e Conduta Profissional

Uma simples troca de fralda, banho, mudança de decúbito, higiene no leito e ausculta, são atividades “simples”, mas que podem ocasionar desconforto em um RNPT. Todas estas situações foram observadas em determinados momentos da rotina da equipe de saúde da UTIN.

A troca de fraldas foi realizada por Rosa no período da tarde, o bebê estava fazendo movimentos bruscos de perna e braços. Rosa conversou baixinho com o RN por três minutos e ele logo ficou atento e cessou o choro. A mesma profissional em outro momento havia realizado uma punção venosa e não utilizou nenhum aconchego para acalmar a criança. Este mesmo manuseio (troca de fralda) foi feito por outro profissional, Pedra, no turno da noite, quando o bebê estava inquieto, não realizou aconchego e a criança permaneceu chorando. Já a profissional Rio, na troca de fraldas, onde o RN apresentava movimentos bruscos de membros superiores, cantarolou e aconchegou a criança por mais ou menos um minuto, quando foi ficando sonolento e adormecendo em seu braço. Da mesma forma aconteceu com Folha, quando ao trocar fraldas do bebê, este apresentava caretas e movimentos bruscos dos membros, ao conversar e aconchegar em seus braços por dois minutos permaneceu quieto e sem expressão de irritabilidade.

O banho é um procedimento que parece inofensivo, mas para o RNPT, pode ser extremamente desagradável. A profissional Flor, ao dar banho no RNPT, logo que percebeu seu choro, cuidou em desligar o ar condicionado durante todo o tempo de banho e higiene; foi notória a mudança no comportamento desse bebê, que após esse “simples” ato da funcionária, ficou calmo por bastante tempo. Vale ressaltar, que a mesma profissional havia realizado em outro momento um procedimento de aspiração sem recorrer a nenhum recurso de minimizar a dor do bebê. O mesmo manuseio (banho) foi feito pela profissional Folha no turno da manhã, a qual não se preocupou com o choro apresentado pelo RN, continuando seu procedimento como se nada não tivesse acontecido. Folha, em outro momento de observação, durante uma troca de fraldas, havia aconchegado um bebê em seus braços.

Durante as observações, senti falta da participação da família junto à equipe de saúde da UTIN. Em nenhum momento a mãe foi chamada para ajudar no acalento ou aconchego do bebê. A presença dela era exclusivamente na hora de amamentar, mesmo que fosse explicado no início, que sua vinda ao setor, assim como a do pai, era liberada 24 horas por dia. Muitas vezes, na hora do banho, as mães chegavam para ver seu filho (a), e a equipe pedia “cuidadosamente” para que ela voltasse mais tarde, quando elas terminassem a higienização! Apenas uma mãe indagou: “Mas a gente não pode vir toda hora?” E as profissionais explicaram: “sim, mas daqui a pouco é melhor, quando a gente terminar, te chamo”.

Há, nesse momento, uma quebra nas normas estabelecidas pela instituição e também na humanização da assistência. Se a permissão é ver seu filho durante o dia inteiro, então, não haveria necessidade desta privação. O momento pode ser um pouco conturbado, muita coisa pra fazer, horários para cumprir, devido à hora da dieta, banco de leite, laboratório, raio x, entre outros. Porém, a mãe nesta hora, deveria ser estimulada a uma maior participação nas atividades de vida diária do seu filho. Poderia auxiliar no banho, na higiene, na dieta, favorecendo a formação do vínculo afetivo entre mãe-bebê e incluindo o cuidado centrado na criança e na família.

Em outra situação observada, a mudança de decúbito foi feita por Estrela no turno da tarde, o bebê franziu a testa, Estrela conversou baixinho e pertinho da criança por 25 segundos, sua reação foi ficar tranquilo e adormecer novamente. Com Nuvem, foi diferente, a mudança de decúbito foi feita pela manhã, a criança estava inquieta, mas a profissional apenas mudou-a de lado e saiu, ocasionando assim, choro no RN.

A higiene no leito foi observada em duas profissionais; Água, que realizou no período da noite, onde o bebê estava chorando, porém, ela o aqueceu com um paninho e a reação do RN foi parar de chorar e ficar com a testa franzida. Já a profissional Nuvem realizou esse procedimento à tarde quando o bebê também encontrava-se chorando; ela teve uma conversinha rápida com o bebê, mas num tom natural, sem cochichos, o bebê continuou choramingando.

O procedimento de ausculta foi observado apenas uma vez. Realizado pela profissional Terra no turno da noite. Foi um dos que me chamou mais atenção, pois o RNPT encontrava-se dormindo quando Terra repentinamente pegou o estetoscópio e colocou nas costas da criança, ocasionando uma reação moderada de susto seguido de choro. Nada foi feito pela profissional, apenas fez a ausculta e saiu da enfermaria.

A equipe de saúde que trabalha na UTIN é confrontada diariamente com questões relacionadas à morte, utilizando-se muitas vezes de mecanismos de defesa para evitar o confronto com a angústia gerada pela participação do sofrimento do paciente, podendo causar estresse e sofrimento psíquico. Nesse processo, o sofrimento pode ser potencializado pela forma como está organizado o trabalho, jornadas prolongadas, ritmo acelerado, falta de descanso ao longo do dia, ou até mesmo a jornada dupla de serviço, intensa responsabilidade na realização de tarefas para um paciente que não expressa suas angústias, irritações e medos. A vivência cotidiana com essa realidade pode levar a sentimentos de frustração, raiva, falta de confiança em si próprio, diminuição da satisfação com o trabalho, podendo, inclusive, desencadear sintomas de depressão (TAMEZ, 2006).

Diante de tais condições des-humanizadas para o usuário e para o trabalhador, é importante observar que para o trabalho não se tornar mecanizado e desumano, é necessário que os profissionais estejam instrumentalizados para lidar as situações do cotidiano, recebendo auxílio psicológico e aprendendo a administrar sentimentos vivenciados na prática assistencial. Vale salientar que, para que o desenvolvimento de ações humanizadas aconteça, deverá fazer parte da filosofia da instituição. Portanto, esta deve estar comprometida com um projeto terapêutico que contemple a humanização das relações de trabalho, da assistência e do ambiente de trabalho. Nesse contexto, é fundamental o incentivo à equipe, valorizando os profissionais enquanto seres biopsicossociais, pois, quando se sentem mais respeitados, valorizados e motivados como pessoas e profissionais, podem estabelecer relações interpessoais mais saudáveis com os pacientes, familiares e equipe multiprofissional (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2003).

Outro aspecto importante que influencia no desenvolvimento do trabalho é o fato da equipe, geralmente, estar vinculada a mais de um emprego, dobras de plantões, horas extras, sobrecarga de trabalho sem descanso, resultando em fadiga, tensão e irritação. Devido ao esforço físico diário, repetições de tarefas e a necessidade do trabalho ser realizado em pé, os trabalhadores sofrem com o desgaste físico (LIMA, 2004).

É importante ressaltar que das nove entrevistadas, quatro trabalham exclusivamente na UTIN, enquanto as outras cinco têm outros empregos na mesma área (saúde) ou desenvolvem outros trabalhos em seus horários de “folga” da UTIN.

Outro procedimento observado foi a pesagem no período da manhã pela profissional Rio, onde o bebê estava chorando, mas logo ela conversou baixinho e o colocou no colo por dois minutos, e então o bebê ficou calmo e sem choro. A mesma havia feito aconchego em outra situação.

Pode-se observar, nestas situações descritas anteriormente, que a maior parte dos profissionais de saúde realiza procedimentos de duas formas: às vezes com mais cuidados e respeitando as particularidades do bebê, e outras vezes, o mesmo profissional simplesmente se omite em desenvolver um cuidado solícito atendendo as necessidades além do que é visível, o qual atenderá as prerrogativas de humanização.

Dos nove sujeitos observados, notamos que cinco apresentam este comportamento ambíguo, podemos assim chamar, de hora realizar as condutas adequadas, hora de fazer tudo fora dos padrões de atendimento individualizado, humanizado e com um mínimo de respeito que se pode ter por um ser que necessita de cuidados especializados.

Apenas dois sujeitos realizaram as duas condutas devidamente com respeito ao próximo e minimizando a dor daqueles indivíduos em todos os momentos da observação. Outros dois profissionais não realizaram sequer um procedimento de forma coerente com um cuidado digno e humanizado.

O fato de uma mesma profissional às vezes realizar suas condutas de forma adequada e outras vezes, não, nos faz pensar que pode estar relacionado com o momento em que ela está vivendo. Sua relação com a equipe, sua vida familiar, afetiva, social, financeira, enfim, como está sua vida. Foi observado e anotado no diário de campo por diversas vezes, que durante a rotina de trabalho, enquanto a profissional realizava alguma tarefa, queixava-se de algo acontecido no dia anterior em sua casa, ou até mesmo no plantão passado.

Desta forma, imagina-se que algumas tarefas eram feitas de forma “mecânica”, sem um afeto a mais, ou um acalento sequer. O enrolar do bebê era rápido e automatizado, assim como o banho e a higiene pessoal se tornava apenas um passo de uma longa jornada de trabalho que muitas vezes estava apenas começando.

Em relação às condutas e manejo da dor no RNPT, este estudo vem confirmar o que foi concluído por Presbytero, Costa e Santos (2010), quando dizem que, apesar de identificar e promover medidas terapêuticas que amenizam a dor do recém-nascido, a equipe de saúde ainda não foi despertada em relação ao seu envolvimento, permanece avaliando a dor no RN através de critérios particulares, sem basear suas condutas nas evidências científicas.

Na humanização do cuidado Neonatal, o Ministério da Saúde preconiza várias ações, as quais estão voltadas para o respeito às individualidades, à garantia da tecnologia que permita a segurança do recém-nato e o acolhimento ao bebê e sua família, com ênfase no cuidado voltado para o desenvolvimento e psiquismo, buscando facilitar o vínculo pais-bebê durante sua permanência no hospital e após a alta (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

A humanização da assistência na UTIN deve se pautar no cuidado singular, na integridade e no respeito à vida. É dependente do encontro envolvendo cuidador e ser cuidado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscamos, neste trabalho, apreender a percepção da equipe de saúde da UTIN do HMJMJ sobre dor no RNPT, identificar instrumentos de mensuração da dor no prematuro na UTIN e descrever medidas farmacológicas e não farmacológicas aplicadas para alívio da dor no prematuro.

Ao avaliar o conteúdo das entrevistas semiestruturadas, foi percebido que todos os sujeitos sabiam identificar a dor no RNPT, assim como, sabiam quais procedimentos realizar para evitar e minimizar esta dor. Na segunda etapa da pesquisa, durante a observação sistemática, apenas dois profissionais realizaram as condutas adequadamente, outros dois não realizaram nenhuma tarefa de forma humanizada, embora na entrevista, tivessem respondido de forma adequada. Já os outros cinco, realizavam uma conduta corretamente, e a outra sem demonstrar nenhuma preocupação com o sentimento do bebê, era um manejo totalmente tecnicista, cumprindo apenas parte de sua jornada de trabalho.

Torna-se fundamental que haja de forma adequada, a identificação, avaliação, tratamento e, sobretudo a prevenção da dor no RNPT, utilizando-se das diversas maneiras dispostas na literatura.

Quanto às condições oferecidas pela instituição no que se relaciona ao atendimento humanizado, várias capacitações foram realizadas e todos os componentes da equipe da UTIN haviam participado de pelo menos 20 horas de curso contemplando este assunto.

Mesmo com treinamentos oferecidos, disponibilização de profissionais para implementar alguns projetos voltados para o RN, como o método canguru, hospital amigo da criança, dentre outros, a equipe da UTIN não tem conseguido um trabalho coeso, em que todos falam a mesma língua e trabalham por um mesmo ideal. O processo de trabalho da equipe não acontece de forma satisfatória, assim como as relações interpessoais é um fator preocupante. Consultando o diário de campo, pudemos perceber que algumas profissionais se referiam a não trabalhar

bem com aquela “dupla”, ou que a colega não havia trocado plantão com ela, por isso hoje ela não estava muito bem.

Para tanto, acreditamos ser necessário extrapolar ações individuais para a busca da construção de processos coletivos envolvendo todos os agentes que participam da assistência. Isso implica em garantir uma equipe em número suficiente e capacitada tecnicamente para o consumo de tecnologias disponíveis para melhorar e prolongar a vida do RN, em criar ambientes de trabalho que promovam o relacionamento interpessoal, em humanizar as relações de trabalho, em promover ambiente seguro e confortável ao RN, família e equipe. Assim, os gestores dos serviços precisam estar sensibilizados para atender às demandas específicas desse setor no hospital.

Pelos resultados encontrados, consideramos que momentos de reflexão acerca do processo de trabalho no cotidiano são fundamentais a fim de se rever as práticas. A humanização do cuidado está relacionada a atitudes de dar atenção, ter responsabilidade, cuidar bem, respeitando as particularidades de cada um, e, principalmente, promovendo uma assistência integral ao bebê e à família. De acordo com os profissionais entrevistados, ação humanitária relaciona-se com a maneira como se cuida, portanto há que se aperfeiçoar este modo de cuidar.

O cuidado com a manipulação, postura, som, luz, estresse e dor, à luz do conhecimento das capacidades do recém-nascido, não podem deixar de ser considerados pela equipe. Esta atitude, em muito enriquecerá a equipe de saúde, uma vez que novos alicerces serão construídos, com mudanças de paradigmas para uma nova prática.

Apesar do grande esforço que os profissionais possam estar realizando no sentido de humanizar o cuidado em UTIN, esta é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes às vezes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante. E, muitas vezes, a própria dinâmica do trabalho em uma UTI não possibilita momentos de reflexão acerca do seu processo de trabalho.

A presença efetiva da equipe com escuta sensível é tão importante quanto o procedimento técnico, uma vez que nem sempre os conhecimentos técnicos funcionam tão bem diante das situações de estresse. Somente vendo, escutando e sentindo o recém-nascido e a família como um todo, estaremos atendendo e compreendendo a essência do cuidar humano. É oportuno destacar a responsabilidade que a equipe de saúde possui de envolver os familiares, centrado na figura dos pais, no cuidado direto aos seus bebês. Métodos e intervenções devem ser implementados, com a finalidade de propiciar a participação dos mesmos no cuidado de tais crianças, com o auxílio de procedimentos estritamente necessários a sua evolução, minimizando condutas agressivas e estressantes.

A realização desta pesquisa foi bastante gratificante, apesar da dificuldade de acesso a alguns profissionais da equipe de saúde da UTIN. As constatações já referidas reforçam nossa compreensão de que há muito ainda a ser explorado, discutido e realizado para que a qualidade de vida dos RNPT em uma unidade de terapia intensiva seja cada vez melhor e menos dolorosa. Entendemos, por isso, que esta temática não se encerra aqui, muito necessita ser feito também para que não só os profissionais que lidam diretamente na assistência ao RN procurem cada vez mais melhorar, mas que os gestores de saúde reconheçam a necessidade de um processo constante de formação e de educação dos profissionais.

No sentido de contribuir efetivamente para a resolução de problema tão evidente, pretendemos repassar, formalmente, à Instituição que serviu como campo para coleta de dados, os resultados obtidos na pesquisa. Pretendemos, ainda, nos colocar à disposição da equipe de saúde, até de modo informal, para uma divulgação deste trabalho e também para o aprofundamento da discussão sobre esta temática.

Embora não tenhamos bem definido o modo como nossa proposta poderá ser executada, até mesmo porque ela deverá formar-se à medida que se dê nosso entendimento com os interessados na temática, alguns aspectos merecem ser ressaltados:

- Para que o trabalho não se torne mecanizado e desumano, é necessário que os profissionais estejam instrumentalizados para lidar com as situações do cotidiano, recebendo auxílio psicológico e aprendendo a administrar sentimentos vivenciados na prática assistencial.
- Vale salientar que, para o desenvolvimento de ações humanizadoras na assistência em saúde, faz-se necessário que a humanização seja a filosofia da instituição. Portanto, esta deve estar comprometida com um projeto terapêutico que contemple a humanização das relações de trabalho, da assistência e do ambiente de trabalho. Nesse contexto, é fundamental o incentivo à equipe, valorizando os profissionais enquanto seres biopsicossociais, pois, quando se sentem mais respeitados, valorizados e motivados como pessoas e profissionais, podem estabelecer relações interpessoais mais saudáveis com os pacientes, familiares e equipe multiprofissional.
- A importância da manutenção da qualidade de vida do prematuro determina a busca de um atendimento individualizado e direcionado ao desenvolvimento integral do bebê e de sua família. Assim, o pai e a mãe, se inseridos no processo de trabalho, tendo em vista o fornecimento de estímulos sensoriais ao neonato, ao estabelecimento do vínculo e apego, além do preparo para o cuidado domiciliar, melhorando a qualidade de vida do bebê e da família.
- Com a inclusão da família no processo assistencial nas UTINs, emerge a necessidade de instrumentalizar os profissionais com conhecimentos em psicologia familiar, apego entre mãe e filho, relacionamento interpessoal e direitos humanos, para que a atuação seja pautada no modelo de atenção à saúde humanizada. Isso significa considerar a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho,

tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde.

O treinamento e educação permanente são meios que auxiliam para que não se desvincule a utilidade dos instrumentos na nossa profissão, sendo o paciente em sua totalidade o nosso objeto de trabalho.

Esta pretensão de trabalho em parceria com a Instituição e sua equipe de saúde da UTIN, tem como desafio apresentar os resultados da pesquisa ao núcleo gestor da instituição, e juntos construirmos uma proposta com a finalidade de:

- Melhorar a humanização da assistência, através de um programa de educação permanente no hospital.
- Construção de um novo modelo de procedimentos operacionais padrão para a UTIN (POP), incluindo a inserção da(s) escala(s) de dor (a ser definida pela equipe) e Treinamento da equipe para a utilização da mesma.
- Firmar parceria junto à FCRS, para colaborar na educação permanente e avaliação do serviço.

Sendo este um hospital de referência na região, assim como uma instituição vinculada ao ensino superior (Hospital Escola da Faculdade Católica Rainha do Sertão), espera-se que haja receptividade à nossa proposta.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, A. J. C; PEREIRA, A. A; GÓIS, R. P.; CARMO, F. L. P. Percepção dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor do RN. **Revista de Pediatria do Ceará**, v. 6, n. 2, jul./dez. 2005.

ALMEIDA, P. C. Dor no recém-nascido. **Revista Pediatria Moderna**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 118-126, jan. 2005.

ANAND, K. J. S. A fisiologia da dor em lactentes e crianças. **Anais Nestlé**, v. 59, p. 1-13, 2000a.

_____. Effects of perinatal pain and stress. **Prog Brain Res**, v. 122, p.117-129.

AVERY, G. B. Neonatologia: passado, presente e futuro. In: VASCONCELOS, M. M; VOEUX, P. L. Avery. **Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. cap. 25, p. 420-447.

AYMAR, C. L. G. de; COUTINHO, S. B. Fatores relacionados ao uso de analgesia sistêmica em neonatologia. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Recife, v. 20, n. 4, p. 405-410, 2008.

BALDA, R. C. X.; ALMEIDA, M. F. B.; PERES, C. A.; GUINSBURG , R. Fatores que interferem no reconhecimento por adultos da expressão facial de dor no recém nascido. **Rev. Paul. Pediatr**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 160-167, 2009.

BRANCO, A.; FEKETE, S. M. W.; RUGOLO, L. M. S. S. O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido: uma revisão. **Rev. Paul. Pediatria**, São Paulo, v. 24, n. 3, 2006.

BRASIL. Lei n. 8069, de 13 de julho. **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**. Fortaleza: Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente do Ceará, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf – Acesso em: Set. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Brasília, 1996.

BRITO, M. H. A. **Ser mãe de prematuro**: o cuidado inimitável da presença materna. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2002.

CASATE, J. C.; CORREA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 105-111, 2005.

CHAMBERLAIN, D. B. **Babies don't feel pain**: a century of denial medicine. Presented at the second International Symposium on Circumcision. 1991[citado 2001 out]. Disponível em: <<http://www.nocirc.org/symposia/second/chamberlain.html>>. Acesso em: 28 set. 2010.

CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

CLOHERTY, J. P.; EICHENWALD, E. C.; STARK, A. R. **Manual de neonatologia**. 5. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2005.

COSTA, H. de P. F.; MARBA, S. T. **O recém - nascido de muito baixo peso**. São Paulo: Atheneu, 2005. (Sociedade de Pediatria de São Paulo. Departamento de Neotologia).

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

ELIAS, L. S. D. T.; GUINSBURG, R.; PERES, C. A.; BALDA, R. C. X.; SANTOS, A. M. N. Discordância entre pais e profissionais de saúde quanto à intensidade da dor no recém-nascido criticamente doente. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 1, 2008.

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

GASPARDO, C.M. **Dor em neonatos pré-termo em unidade de terapia intensiva neonatal: avaliação e intervenção com sacarose**. 2006. 168f. Dissertação

(Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

GASPARY, L. V.; ROCHA, I. Intervenções não-farmacológicas para alívio da dor em recém-nascido prematuros (RNPT). **Revista Nursing**, São Paulo, v. 79, n. 7, p. 47-50, dez. 2004.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

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

GUINSBURG, R. **A Linguagem da dor no recém-nascido**. Documento científico do departamento de neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria [online]. 2006 [citado 2008 out 29]. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/img/documentos/doc_linguagem_bebes.pdf>. Acesso em: 14 set. 2010.

_____. **Dor no recém-nascido. Programa de Atualização em Neonatologia (PRORN)**. Organizado pela Sociedade de Pediatria. Ciclo 3. Módulo 3. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2004. p. 9-46.

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

GUINSBURG, R.; SERPA, A. B. M.; BALDA, R. C. X.; SANTOS, A. M. N.; ARECO, K. C. N.; PERES, C. A. Multidimensional pain assessment of preterm newborns at the 1st, 3rd and 7th days of life. **Med. J**, São Paulo, v. 125, n. 1, p. 29-33, 2007.

GUINSBURG, R.; CUENCA, M. C. A. **A linguagem da dor no recém nascido**. Documento Científico do Departamento de Neonatologia. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2010.

KOPELMAN, B. I.; SANTOS, A. M. N.; GOULART, A. N.; ALMEIDA, M. F. B.; MIYOSHI, M. H.; GUINSBURG, R. **Diagnóstico e tratamento em neonatologia**. São Paulo: Atheneu, 2004.

LAGO, C. W.; FERREIRA, G. G.; LIMA, J. B. (Org); RIBEIRO, S. F. F. de; VIDAL, V. P.S. **Avaliação e manejo da dor neonatal no contexto da unidade de terapia intensiva neonatal**. Brasília – 2007. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Paulista, São Paulo, 2007F.

LIMA, G. C. **Humanização em unidade de terapia intensiva pediátrica: discurso de enfermeiras**. Monografia (Especialização). João Pessoa: Centro de Ciências da Saúde / UFPB, 2004.

MARGOTTO, P. R. **Assistência ao recém-nascido de risco**. 2. ed. Brasília, 2006.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, Ano XXVII, set./dez. 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: metodologia da pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 8. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2007.

NÓBREGA, F. S.; SAKAI, L.; KREBS, V. L. J. Procedimentos dolorosos e medidas de alívio em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Med**. São Paulo, v. 86, n. 4, p. 201-206, out./dez. 2007.

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

PORTER, F. L.; ANAND, K. J. S. Epidemiology of pain in neonates. **Res Clin Forums**, v. 20, p. 9-17, 1998.

PRESBYTERO, R.; COSTA, M. L. V.; SANTOS, R. C. S. Os enfermeiros da unidade neonatal frente ao recém-nascido com dor. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 125-132, 2010.

PRESTES, A. C.; GUINSBURG, R.; BALDA, R. C.; MARBA, S. T.; RUGOLO, L. M.; PACHI, P. R.; BENTLIN, M. R. Frequência do emprego de analgésicos em unidades de terapia intensiva neonatal. Universitárias. **J Pediatr**; Rio de Janeiro, v. 81, p. 405-410, 2005.

REICHERT, A. P. S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial on line], v. 9, n. 1, p. 200-213, jan./abr. 2007.

SCHIMITT, D. F.; ZIELINSK, J. A. S. **A Percepção da equipe de enfermagem quanto ao manejo com o recém-nascido em relação à dor em uma unidade de terapia intensiva neonatal.** 2008. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, 2008.

SCOCHI, C.G.S., CARLETTI, M.; NUNES, R.; FURTADO, M.C.C., LEITE, A.M. A dor na unidade neonatal sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem de um hospital de Ribeirão Preto-SP. **Rev Bras Enferm**, v.59, n.2, p. São Paulo, 2006.

SEGRE, C. A. M. **Perinatologia fundamentos e prática.** São Paulo: Sarvier, 2002.

SILVA, R. N. M. **Percepções do bebê pré-termo na UTI neonatal** – Curso de cuidados voltados para o desenvolvimento, março de 2003.

SILVA, Y. P.; GOMEZ, R. S.; MÁXIMO, T. A.; SILVA, A. C. S. Avaliação da dor em neonatologia. **Rev. Bras.** Belo Horizonte, Anestesiol, v. 57, 2007.

SOUSA, B. B. B.; SANTOS, M. H.; SOUSA, F. G. M.; FERRARIO, A. P. G.; PAIVA, S. S. Avaliação da dor como instrumento para o cuidar de recém nascidos pré-terms. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, 2006.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Roteiro de entrevista

Nº da entrevista: _____ Data da entrevista: ____/____/____

Dados de identificação

1. Idade: _____

2. Profissão:

Técnico de enfermagem () Enfermeira () Pediatra () Fisioterapeuta ()

3. Especialidade _____

4. Tempo de formação profissional _____

5. Tempo de serviço na UTIN: _____

DADOS ESPECÍFICOS

1- Na sua visão, o recém-nascido prematuro sente dor? N () S ()

Se sim, fale sobre dor no RNPT.

2- Como você percebe que o recém-nascido está com dor?

3 - Você conhece algum instrumento para avaliação de dor no RNPT?

N () S ()

Qual? _____

4 - Você utiliza algum instrumento para mensurar a dor no prematuro na rotina da UTIN? Qual?

5 - Você acha importante diminuir a dor no RN? N () S () Por quê?

6- Durante o manuseio de rotina, você usa alguma medida não farmacológica para minimizar a dor no RNPT? Quando usa? Qual medida?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Francilena Ribeiro Bessa, acadêmica do curso de Mestrado Profissional de Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará, Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta, estou desenvolvendo o trabalho intitulado: Conhecimento dos Profissionais de Saúde Sobre Dor no Recém Nascido Prematuro: Teoria e Práxis. Esta pesquisa tem como objetivo apreender a percepção dos profissionais de saúde da UTIN sobre dor no RNPT, compreender como estes profissionais percebem esta dor no RNPT, identificar instrumentos de mensuração de dor e investigar quais medidas não farmacológicas são aplicadas na rotina da UTIN. Para a realização desta preciso da sua colaboração no sentido de me conceder uma entrevista e permitir que seu depoimento seja gravado, assim como autorizar a observação de sua prática profissional em dois momentos distintos. Este trabalho não oferece nenhum risco e nenhum custo financeiro. Quero dizer ainda que você terá liberdade de se retirar da mesma a qualquer momento sem qualquer prejuízo e asseguro-lhe que será mantida a sua privacidade, visto que não citarei seu nome em lugar nenhum deste trabalho. Esclareço, ainda, que para participar desta pesquisa não será pago nenhum valor e nenhuma indenização. Caso aceite, peço-lhe que assine o presente termo em duas vias, ficando uma comigo (pesquisador) e outra com você. Se precisar de outros esclarecimentos, entre em contato comigo, e com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), através dos telefones abaixo. O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza encontra-se disponível para esclarecer dúvidas e/ou tomar providências referentes a quaisquer reclamações em relação à sua participação no referido estudo.

TELEFONE DE CONTATO DO CEP DO HGF: (85) 31017078

TELEFONE DE CONTATO DO PESQUISADOR: (88) 96307414 OU (88) 34120445

Assinatura do Pesquisador

CONSENTIMENTO POS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____, RG _____ declaro que após devidamente orientado e esclarecido sobre a pesquisa intitulada: Conhecimento dos Profissionais de Saúde Sobre Dor no Recém Nascido Prematuro: Teoria e Práxis, aceito participar do estudo.

Assinatura do participante