



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE ENFERMAGEM**

**RECONHECIMENTO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO POR ALUNOS
DO CURSO DE ENFERMAGEM**

CÉLYDA CRISTINE OLIVEIRA DE ARAUJO

**CEILÂNDIA-DF
2013**

CÉLYDA CRISTINE OLIVEIRA DE ARAUJO

**RECONHECIMENTO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO POR ALUNOS DO CURSO
DE ENFERMAGEM**

Monografia apresentada à disciplina
Trabalho de Conclusão de Curso II em
Enfermagem como requisito parcial para
obtenção do título de enfermeiro da
Universidade de Brasília na Faculdade
Ceilândia.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Laiane Medeiros Ribeiro

**CEILÂNDIA- DF
2013**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desse trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que cite a fonte.

Araújo, Célyda Cristine Oliveira.

Reconhecimento da dor no recém-nascido por alunos do curso de enfermagem /
Célyda Cristine Oliveira Araújo. Brasília: [s.n], 2013.

70f: il.

Monografia (graduação) – Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem, 2013.

Incluem anexo e apêndices.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Laiane Medeiros Ribeiro.

1. Dor. 2. Recém-nascidos. 3. Estudantes de enfermagem.

I. Araújo, Célyda Cristine Oliveira. II. Reconhecimento da dor no recém-nascido por alunos do curso de enfermagem.

ARAÚJO, Célyda Cristine Oliveira

Reconhecimento da dor no recém-nascido por alunos do curso de enfermagem.

Monografia apresentada à Faculdade Ceilândia
da Universidade de Brasília como requisito
parcial para obtenção do título de enfermeiro.

Aprovado em: ____/____/____

Comissão Julgadora

Prof.^a Dr.^a Laiane Medeiros Ribeiro

Prof.^a Msc. Casandra G.R.M. Ponce de Leon

Prof. Msc. Luciano Ramos de Lima

DEDICATÓRIA

À minha mãe e melhor amiga Rita de Cássia guerreira e batalhadora, o meu maior e melhor exemplo de ser humano, que sempre está comigo independente do momento, me apoiando, me incentivando a continuar sonhando. Te amo!

Ao meu pai, Alzinetto Lago que é, e sempre será meu herói. Por ter passado noites comigo acordado me esperando a terminar este projeto, por ter me ensinado o mais importante da vida, a fé, amar Deus acima de tudo. Pelo seu carinho e amor incondicional. Te amo!

Ao meus irmãos Amanda e Alan que me aguentaram e acreditaram em mim. Vocês são essenciais na minha vida. Amo vocês!

Ao meu priminho João Vitor (in memoriam), que me ensinou o que é a verdadeira felicidade, que me fez descobrir o verdadeiro valor da enfermagem e o valor da vida, e me inspirou nessa pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que sempre olhou por mim, me protegendo, me dando força, me iluminando, que ouviu as minhas mais profundas orações. Que me deu a oportunidade primeiramente de realizar o sonho de entrar na UnB e está me ajudando a concluir o sonho de me formar, só Ele sabe o quanto essa caminhada foi árdua, quantos obstáculos surgiram, mas com Deus estou conseguindo vencer e vencerei todos obstáculos que virão.

A Maria santíssima que intercede por mim, em todos os momentos.

Aos meus pais, meu maior tesouro, que me ensinaram a viver com dignidade, que iluminaram os meus caminhos obscuros com afeto e dedicação para que eu pudesse trilhar sem medo e cheio de esperança, que se doaram inteiros e renunciaram aos seus sonhos, para que, muitas vezes, eu pudesse realizar os meus sonhos, que me ensinou os caminhos de Deus, que passaram a noite em claro, para cuidar do que me afligia. Muito obrigada por tudo o que sou hoje. Vocês são meu tudo.

A minha vizinha que amo tanto, por compreender a minha ausência durante o período desse trabalho, que me incentiva, e me ensina as sabedoras da vida.

À minha professora Laiane Ribeiro, que esteve comigo durante essa caminhada árdua, por ter confiando em mim, pela paciência durante a realização desse projeto. Por ter feito parte da minha formação acadêmica, por ter me permitido fazer parte das “pupilas da Laiane”, foi um honra.

A minha amiga Alynne Vicentina, que esteve comigo nessa trajetória, compartilhando alegrias, dúvidas, tristezas. Mas que com certeza deixou meus dias mais alegres com suas proezas.

A Fernanda Oliveira pelo cuidado, e pela amizade.

A Jaci Lucena pela alegria, pelo companheirismo, pelas conquistas suadas, pelos conselhos, por me ensinar que a vida é curta de mais para ser levada tão a sério.

A Amanda Araujo pelos dias de estágio mais divertidos, aprendi muito com você.

A Turma mais bonita da cidade pelo companheirismo, por compartilharmos momentos únicos e que ficarão na lembrança.

Aos alunos da Faculdade Ceilândia que participaram da pesquisa, pela disponibilidade e paciência.

Aos professores que participaram da minha formação acadêmica e contribuíram com disponibilidade de horário para a realização da entrevista dessa pesquisa.

*“A vida é um grande e completo texto, que precisa de muitas vírgulas para ser escrito, ainda
que essas vírgulas assumam em alguns momentos formatos de lágrimas.”*
Augusto Cury

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Caracterização dos alunos do curso de enfermagem, segundo dados do sexo, idade e Estado civil, Faculdade de Ceilândia, 2013. Brasília 2013.....	27
Tabela 2-	Distribuição dos alunos de enfermagem sobre o reconhecimento da dor do recém-nascido, de acordo com os períodos do curso, Faculdade de Ceilândia, 2013. Brasília 2013.....	28
Tabela 3-	Distribuição dos alunos de enfermagem sobre os parâmetros de avaliação da dor do recém-nascido, de acordo com os períodos do curso, Faculdade de Ceilândia, 2013. Brasília 2013.....	30
Tabela 4-	Distribuição da mímica facial presente consideradas pelos alunos do curso de enfermagem, de acordo com os períodos do curso, com respectiva frequência e porcentagem, Faculdade de Ceilândia, 2013. Brasília 2013.....	32
Tabela 5-	Distribuição da movimentação presente consideradas pelos alunos do curso de enfermagem, de acordo com os períodos do curso, Faculdade de Ceilândia, 2013. Brasília 2013.....	34
Tabela 6-	Distribuição dos parâmetros fisiológicos presentes considerados pelos alunos do curso de enfermagem, de acordo com os períodos do curso, Faculdade de Ceilândia, 2013. Brasília 2013.....	35
Tabela 7-	Distribuição dos alunos de enfermagem sobre conhecimento e práticas no tratamento da dor no recém-nascido, Faculdade de Ceilândia, 2013. Brasília 2013.....	36
Tabela 8-	Distribuição dos procedimentos considerados pelos alunos de enfermagem a para administração de analgesia para o alívio da dor no recém-nascido, Faculdade de Ceilândia, 2013. Brasília 2013.....	37
Tabela 9-	Distribuição dos alunos de enfermagem sobre conhecimento de medidas não farmacológicas para o alívio da dor no recém-nascido, Faculdade de Ceilândia, 2013. Brasília 2013.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACTH	Hormônio Adenocorticotróficos
AM	Amamentação
DF	Distrito Federal
COX	Cicloxygenase
CRIES	<i>Crying Requires O2 for Saturation Above 95% Increased vital Signs Expression and Sleeplessness.</i>
CRH	Hormônio Corticotromina
EDIN	<i>Echelle Douller Inconfort Nouveau-ne</i>
EFO	Exame de Fundo de Olhos
FC	Frequência Cardíaca
FCE	Faculdade Ceilândia
FR	Frequência Respiratória
IM	Injeção Intramuscular
KM	Quilômetros
KMC	Método Cangurú
LCR	Líquido Cefaloraquidiano
LM	Leite Materno
NFCS	<i>Neonatal Fail Coding System</i>
NIPS	<i>Neonatal Infant Pain Scale</i>
O2	Oxigênio
PA	Pressão Arterial
PICC	Passagem de Cateter Central de Inserção Periférica
PIPP	<i>Premature Infant Pain Profile</i>
RN	Recém-Nascido
SatO2	Saturação de Oxigênio
SC	Injeção Subcutânea
SNA	Sistema Nervoso Autônomo
SOG	Sonda orogástrica
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UnB	Universidade de Brasília

USP	Universidade de São Paulo
UTIN	Unidade de Terapia intensiva Neonatal

ARAUJO, C.C.O. **Reconhecimento da dor em recém-nascidos por alunos do curso de enfermagem**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Ceilândia, Brasília, 2013.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A mensuração da dor requer observação e conhecimento para ser avaliada e identificada no recém-nascido e evidências demonstram a importância do estudo e aprofundamento nessa temática. **OBJETIVO:** Analisar o conhecimento dos alunos do curso de enfermagem sobre a dor neonatal. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado com 154 alunos do 1º ao 5º ano do curso de enfermagem na Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, na qual foi aplicado um instrumento com questões abertas e fechadas após aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa. A análise dos dados foi através da estatística descritiva com a distribuição de frequências. **RESULTADOS:** Os parâmetros considerados para este estudo foram os comportamentais (escalas de dor, mímicas faciais, choro, movimentação dos membros) e fisiológicos (frequência cardíaca, pressão arterial, saturação de oxigênio e frequência respiratória). Em linhas gerais, todos os alunos afirmaram que o recém-nascido sente dor e a importância dos parâmetros para sua avaliação, porém, poucos alunos conheceram as escalas e os parâmetros fisiológicos para avaliação. O choro, a movimentação e a mímica facial dos membros foram os mais citados como forma de reconhecimento da dor. **CONCLUSÃO:** Há déficit no conhecimento dos alunos sobre a dor no recém-nascido. Os alunos dos últimos períodos do curso tem uma melhor visão do assunto por já ter cursado matérias de saúde da criança, por isso a maioria sabe identificar a dor, mas não conhecem métodos de avaliação, medicações apropriadas para o alívio da dor, procedimentos na qual os administraria e medidas não farmacológicas.

Descritores: Dor, recém-nascidos, estudantes de enfermagem.

ARAUJO, C.C.O. **Recognition of pain in newborns by students of nursing.** 2013. Completion of course work (Nursing Course) – University of Brasília, Faculty of Ceilândia, Ceilândia, Brasília, 2013.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The measurement of pain requires observation and knowledge to be evaluated and identified in the newborn and evidence demonstrates the importance of studying and deepening this theme. **OBJECTIVE:** To assess the students knowledge of nursing on neonatal pain. **METHODS:** Descriptive study that was carried out with students from 1st to 5th year of the nursing program at the Faculty of Ceilândia the University of Brasília, which was applied to an instrument with open and closed questions after approval by the Ethics in Research. Data analysis was by descriptive statistics with the distribution of frequencies. **RESULTS:** The parameters considered for this study were behavioral (pain scales, facial mimics, cry, limb movement) and physiological (heart rate, blood pressure, oxygen saturation and respiratory rate). In general, all students stated that newborns feel pain and the importance of the parameters for their evaluation, however, few students knew the scales and physiological parameters for evaluation. The crying, movement and facial expressions of the members were the most frequent in recognition of pain. **CONCLUSION:** There is a deficit in the students' knowledge of pain in the newborn. Students of the last periods of the course has a better view of the subject matter having already attended child health, so most can identify the pain, but do not know methods of assessment, appropriate medications for pain relief procedures in which and administer the non-pharmacological measures.

Keywords: Pain, newborns, nursing students.

SUMÁRIO

RESUMO	
APRESENTAÇÃO	
I. INTRODUÇÃO	17
II. OBJETIVOS	22
2.1 Objetivo Geral	21
2.2 Objetivo Específicos	21
III. METODOLOGIA	23
3.1. Tipo de Estudo	23
3.2. Local do Estudo	23
3.3. População do Estudo	23
3.4. Coleta dos dados	23
3.6. Aspectos Éticos da Pesquisa	24
IV. RESULTADOS	26
V. DISCUSSÃO	40
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
VII. REFERÊNCIAS	57
APÊNDICES	
ANEXOS	

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Durante minha prática supervisionada no curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília observei a expressão de dor nos pacientes em diferentes campos do conhecimento, seja na clínica em adultos como na pediatria.

Em uma experiência pessoal, me deparei com uma situação em que os profissionais e estagiários realizavam procedimentos dolorosos em uma criança, que não sabia e não podia no momento se expressar através da fala. Expressava-se através de expressões faciais com fronte saliente e olhos apertados, agitação e movimentos vigorosos das extremidades. Nesse momento, percebi que em nenhum momento esses profissionais avaliaram as expressões faciais dessa criança e nem levou em conta as manifestações que aquele determinado estímulo do procedimento doloroso gerava. Então pensei, será que esses profissionais e estagiários sabem identificar a dor? e refleti sobre os neonatos que não sabem expressar a dor e nem a informar a intensidade dessa dor através da fala, mas que passam por inúmeros procedimentos dolorosos.

I. INTRODUÇÃO

I. INTRODUÇÃO

O aperfeiçoamento tecnológico ao longo do tempo, vem proporcionando ao recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) o aumento da sua sobrevida, entretanto, ocorreu uma elevação de procedimentos invasivos, associado ao avanço dos recursos terapêuticos, um maior número de exames e procedimentos invasivos que são necessários para reduzir a morbimortalidade desses neonatos, sendo tais procedimentos, proporcionam estímulos dolorosos aos mesmos (SOUSA et al., 2006).

Durante muito tempo, acreditava-se que o recém-nascido era incapaz de sentir dor pela sua imaturidade neurológica, reduzindo sua sensibilidade à dor (MEDEIROS; MADEIRA, 2006; ANAND et al., 1987). Porém, na década de 80 houve um aumento de evidências que revelam que elementos neuroanatômicos e neuroendócrinos fundamentais à percepção do estímulo doloroso estão presentes no neonato ao nascimento. (ANAND et al., 1987; FITZGERALD, 2005). A dor é um estímulo subjetivo, transitório, alguns tempos atrás pensavam não existir em neonatos, a dor no RN é um estímulo difícil de ser mensurado e avaliado e que se manifesta de maneira fisiológica e biocomportamental (GASPARDO, 2008; GAIVA, 2010).

Após o estímulo doloroso agudo, o recém-nascido apresenta uma resposta global de estresse, que inclui modificações em nível cardiovascular, respiratório, imunológico, hormonal, metabólico, comportamental, entre outras. Dessa forma, os parâmetros fisiológicos parecem úteis para avaliar a dor na prática clínica, mas, em geral, não podem ser usados de forma isolada (GUINSBURG, 1999, 2000).

As alterações fisiológicas são causadas quando o estímulo da dor ativa mecanismos compensatórios do sistema nervoso autônomo (SNA), produzindo algumas respostas que podem alterar a normalidade do organismo, como aumento da pressão arterial, aumento da frequência cardíaca, sudorese, ansiedades (YERKES et al., 2007; BALDA et al., 2008).

As alterações biológicas também acontecem no RN quando submetidos a dor, ocorre o aumento de catecolaminas, glicemia e cortisol.

A avaliação comportamental na dor fundamenta-se na modificação de determinadas expressões comportamentais, após um estímulo doloroso. As respostas comportamentais à dor mais estudadas referem-se à 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 (RIBEIRO, 2012).

Estudos nacionais e internacionais têm descrito a exposição de recém-nascidos pré-termo e de risco aos procedimentos estressantes e dolorosos, em unidades neonatais francesas (CARBAJAL et al., 2008), canadenses (STEVENS et al., 2011) e brasileiras (PRESTES; PRESTES et al., 2005). Estima-se que cada recém-nascido internado em UTIN, seja submetido a aproximadamente 50 a 150 procedimentos potencialmente dolorosos por dia, e que prematuros abaixo de 1.000g são expostos a mais de 500 intervenções dolorosas, durante sua internação (SILVA; BALDA; GUINSBURG, 2012).

Há ainda a dificuldade em reconhecer e avaliar a dor no período neonatal, constituindo um dos maiores obstáculos ao seu tratamento adequado nas UTINs. A falta de conhecimentos acerca de escalas para avaliar a dor por parte dos profissionais de saúde e a indicação para o uso de analgésicos e seus efeitos colaterais nessa faixa etária contribuem para essa realidade (PRESTES et al., 2005). Porém, essa dificuldade não é somente para os profissionais de saúde, mas também para os estudantes de graduação.

Estudo transversal realizado em São Paulo com 180 alunos da graduação em Medicina e residentes em pediatria e neonatologia teve como objetivo avaliar a percepção e o conhecimento dos alunos a respeito da dor no RN. Os autores encontraram que à medida que o curso de medicina avança, os alunos têm uma maior percepção acerca da dor, principalmente naqueles que realizaram especialização em neonatologia e pediatria. O reconhecimento da dor pelos alunos se deu na forma de fotografias e de questionário. Apesar dos acertos nas respostas dos questionários, não houve uma quantidade de acertos suficiente em relação ao reconhecimento da face de dor, seja pelos residentes quanto por estudantes do curso de graduação. Outro resultado importante é que os médicos em formação detectaram de forma precária a presença de dor e a sua intensidade em prematuros, esses resultados podem ser devido a pouca discussão na temática da dor. De acordo com o estudo observou-se que após um programa de capacitação sobre dor os residentes passaram a reconhecer e tratar a dor de uma forma melhor (SILVA; BALDA; GUINSBURG, 2012).

Veronez e Côrrea (2010) realizaram um estudo no Paraná que avaliou a percepção dos profissionais de enfermagem frente à dor. Tratou-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, com 25 profissionais de enfermagem de uma UTIN do Hospital Universitário. As informações foram coletadas por meio de um questionário dividido em duas partes. A primeira sobre a formação acadêmica do profissional e a segunda sobre os conhecimentos e percepção sobre a dor no RN. Os resultados foram divididos em quatro categorias. Na

primeira categoria todos os profissionais disse acreditar que os RN sentem dor, a maioria disse que a dor se iguala a dos adultos. A segunda categoria avaliou a percepção de cada profissional frente à dor no RN de acordo com as suas vivências e que a dor é manifestada por alterações fisiológicas e comportamentais.

Varias alterações comportamentais foram citadas, porém as que mais se destacaram foi o choro, a expressão facial, irritabilidade e resposta motora. Segundo os profissionais o choro é a principal maneira de avaliação. Foram citadas também alterações fisiológicas como a modificação dos sinais vitais. A terceira categoria avaliou os procedimentos mais dolorosos e na visão da equipe de enfermagem o procedimento escolhido foi a punção venosa. A ultima categoria foi relacionado ao controle da dor, alguns profissionais descreveram não usar nenhum método preventivo para aliviar a dor nos procedimentos dolorosos. Os autores concluíram que os profissionais sabem que os RN sentem dor, porém há vulnerabilidades no conhecimento e inexistência de um protocolo sobre avaliação da dor (VERONEZ; CÔRREA, 2010).

É de fundamental importância o reconhecimento sobre a dor o quanto antes no curso de graduação em enfermagem, para que, como futuros enfermeiros possamos oferecer uma assistência de qualidade aos recém-nascidos que estiverem sobre nossos cuidados.

II. OBJETIVOS

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o conhecimento dos alunos do curso de enfermagem sobre o reconhecimento da dor neonatal.

2.2 Objetivo específico

Analisar o conhecimento dos estudantes de enfermagem, do primeiro ao quinto ano, sobre as manifestações de dor comportamentais (choro, escala de dor, movimentação dos membros), e fisiológicas (frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, saturação de oxigênio) no neonato.

III. MÉTODOLÓGIA

III. METODOLOGIA

3.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa observou, descreveu e documentou os aspectos situacionais (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

3.2 Local do estudo

Estudo realizado na Faculdade de Ceilândia/UnB, que localiza-se em uma cidade a 25,9 Km de Brasília, atende as populações das regiões administrativas do Distrito Federal (DF), atende também alguns municípios goianos. O campus Ceilândia oferece cursos voltados para a área da saúde, sendo eles Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Farmácia e Saúde Coletiva e atualmente foi implantado o curso de Fonoaudiologia (UnB-FCe).

3.3 População

Os participantes do estudo foram os estudantes do curso de graduação em enfermagem da Universidade de Brasília, faculdade Ceilândia. Foram incluídos na pesquisa todos os estudantes do curso de enfermagem da UnB/FCe que aceitaram participar da pesquisa e excluídos os alunos que não estavam presente nos dias da coleta de dados.

A amostra foi composta por 154 alunos do curso de graduação em enfermagem.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no campus de Ceilândia, de acordo com o calendário do ano letivo. Foi solicitada autorização dos docentes de acordo com o período do curso para que realização da presente pesquisa após o término de cada aula, afim de não prejudicar a formação teórica dos alunos.

O instrumento de coleta de dados desse estudo foi adaptado do questionário de Capellini, após autorização do autor (CAPELLINI, 2012). Esse instrumento foi dividido em três pontos, sendo eles: reconhecimento da dor no recém-nascido, alterações comportamentais e alterações fisiológicas no RN submetido a dor e intervenções farmacológicas e não farmacológicas.

3.5 Análise dos dados

Os dados foram digitados duplamente em uma planilha do EXCEL para garantir a análise de consistência dos dados. Após a comparação das planilhas e correção das

divergências, os dados foram exportados para o software *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS (versão 20.0) para a realização da estatística descritiva, distribuição de frequência.

3.6 Aspectos éticos

Os alunos concordaram participar do estudo, de acordo com a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012), foi mantido o anonimato dos participantes e foi obtida a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) pelos alunos, foi respeitado as diretrizes que diz respeito a estudos com seres humanos.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde, com o CAAE nº 14803913.1.0000.0030 com o objetivo de manter o anonimato dos alunos foram utilizados no instrumento de coletas de dados somente as iniciais dos nomes e sobrenomes dos mesmos.

IV. RESULTADOS

IV. RESULTADOS

Os resultados estão organizados em duas seções. Na primeira, apresentamos a caracterização dos alunos trazendo dados relacionados ao sexo, idade, estado civil e período. Na segunda seção, mostramos os dados referentes ao reconhecimento da dor em relação às manifestações comportamentais e fisiológicas.

4.1 Caracterização dos alunos do curso de enfermagem

Participaram da pesquisa no total de 154 alunos do curso de graduação em enfermagem, sendo 20 alunos do primeiro período, 16 do segundo, 7 do terceiro, 18 do quarto, 11 do quinto, 13 do sexto, 24 do sétimo, 14 do oitavo, 13 do nono e 18 do décimo período do curso. Destes 81,8% do sexo feminino e 18,2% do sexo masculino, com idade entre 17 anos e 39 anos de idade, conforme tabela 1.

Tabela 1- Caracterização dos alunos do curso de enfermagem, segundo dados do sexo, idade e Estado civil, Faculdade de Ceilândia, 2013.

Variáveis			
		F	%
Sexo	Masculino	28	18,2
	Feminino	126	81,8
Idade	17 a 21	98	63,3
	22 a 26	52	33,8
	27 a 31	3	1,9
	32 a 39	1	0,6
Estado Civil	Solteira	149	96,8
	Casada	4	2,6
	União estável	1	0,6

A maioria dos alunos tem até de 17 a 21 anos (63,7%) e 149 estão solteiros (96,8%).

4.2 Reconhecimentos da dor no RN pelos alunos do curso de enfermagem

Nesta seção apresentamos dados relativos à percepção, identificação e avaliação da dor, assim como, medidas farmacológicas e não farmacológicas descritas pelos alunos. Na tabela 2 as respostas foram relacionadas ao reconhecimento da dor pelos alunos.

Tabela 2 - Distribuição dos alunos de enfermagem sobre o reconhecimento da dor do recém-nascido, de acordo com os períodos do curso, Faculdade de Ceilândia, 2013.

Períodos	1 ^o	2 ^o	3 ^o	4 ^o	5 ^o	6 ^o	7 ^o	8 ^o	9 ^o	10 ^o
Sim	1	3	1	0	2	1	12	11	8	10
%	(5%)	(35%)	(14,3%)	(0%)	(18,2%)	(7.3%)	(50%)	(78,5%)	(61,5%)	(55,5%)
Não	19	13	6	18	9	12	12	3	5	8
%	(95%)	(65%)	(85,7%)	(100%)	(81,8%)	(92,3%)	(50%)	(21,4%)	(38,4%)	(44.4%)
Total	20	16	7	18	11	13	24	14	13	18

A tabela 2 demonstra que os alunos de enfermagem a partir do 7^o período já tiveram um aprendizado mais específico com a área de pediatria e desenvolveram saberes, aprendizados, percepções que os possibilitam a identificação da dor no RN, mas chama atenção que alunos do 5^o e 6^o período que já tiveram contato com disciplinas específicas de enfermagem e que já estiveram em campos de prática, não saibam reconhecer a dor no RN. É importante observar também que há alguns alunos do último ano do curso de enfermagem, que não sabem reconhecer se o RN sente dor, o que é preocupante, quando pensamos que estes alunos são considerados aptos para o mercado de trabalho.

Quando questionados sobre a maneira pela qual podemos avaliar a dor no RN, poucos souberam responder exatamente em relação aos parâmetros de avaliação da dor. A tabela 3 mostra essa informação.

Os parâmetros considerados para este estudo foram comportamentais e fisiológicos. Os comportamentais foram: escalas de dor, mímicas faciais, choro, movimentação dos membros e fisiológicos: FC, SatO², PA, FR.

Tabela 3 - Distribuição dos alunos de enfermagem sobre os parâmetros de avaliação da dor do recém-nascido, de acordo com os períodos do curso, Faculdade de Ceilândia, 2013.

Períodos	1 ^o	2 ^o	3 ^o	4 ^o	5 ^o	6 ^o	7 ^o	8 ^o	9 ^o	10 ^o
Escalas de dor										
Sim	1	1	2	2	2	0	13	4	1	10
%	5%	6,2%	28,5%	11,1%	18,1%	0%	54,1%	28,5%	7,6%	55,5%
Não	19	15	5	16	9	13	11	10	12	8
%	95%	93,7%	71,4%	88,8%	81,8%	100%	45,8%	71,4%	92,3%	44,4%
Mímica facial										
Sim	7	8	5	8	7	10	15	12	11	10
%	35%	50%	71,4%	44,4%	63,6%	76,9%	62,5%	85,7%	84,6%	55,5%
Não	13	8	2	10	4	3	9	2	2	8
%	65%	50%	28,5%	55,5%	36,3%	23%	35,5%	14,2%	14,2%	44,4%
Choro										
Sim	19	16	6	17	11	13	20	14	12	17
%	95%	100%	85,7%	94,4%	100%	100%	83,3%	100%	92,3%	94,4%
Não	1	0	1	1	0	0	4	0	1	1
%	5%	0%	14,2%	5,5%	0%	0%	16,6%	0%	7,6%	5,5%
Movimentação dos membros										
Sim	5	9	3	12	4	10	14	7	9	10
%	25%	56,2%	42,8%	66,6%	36,3%	73,9%	58,3%	50%	64,2%	55,5%
Não	15	7	4	6	7	3	10	7	4	8
%	75%	43,7%	57,1%	33%	63,6%	23%	41,6%	50%	28,5%	44,4%
Parâmetros fisiológicos										
Sim	1	3	1	4	3	3	5	9	6	7
%	5%	18,7%	14,2%	22,2%	27,2%	23%	20,8%	64,2%	46,1%	38,8%
Não	19	13	6	14	8	10	19	5	7	11
%	95%	81,2%	85,7%	77,7%	72,7%	76,9%	79,1%	35,7%	53,8%	61,1%
Sem importância										
Sim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Não	20	16	7	18	11	13	24	14	13	18
%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Total	20	16	7	18	11	13	24	14	13	18

De acordo com a tabela abaixo observamos que poucos alunos têm conhecimento da existência de escalas de dor, é importante observar que somente os alunos do 7^o período com 54,1% e os alunos do 10^o período com 55% tiveram uma porcentagem maior que 50%, declarando saber da existência de escalas de dor, o que já é esperado, em contrapartida também é esperado que alunos do 1^o ao 6^o período do curso não tenham um conhecimento detalhado e específico do assunto, explicando ter mais alunos que não conheçam as escalas de dor para avaliação da dor. O mesmo acontece quando usamos os parâmetros fisiológicos para o reconhecimento da dor, poucos alunos, mais de 50% de cada período, não sabem que

podemos reconhecer a dor no RN pelas alterações dos parâmetros fisiológicos, quando o RN é submetido a dor, somente os alunos do 9º período do curso teve um percentual maior 64,2%.

Quando avaliamos o reconhecimento da dor por meio de mímicas faciais no RN, notamos que a maioria dos alunos já traz uma carga de experiência vistas anteriormente, pois a mímica facial no recém-nascido submetido ao processo doloroso é bem expressiva, a tabela nos mostra que uma média de 68,7% dos alunos do 2º, 3º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º 10º período do curso disseram que podemos reconhecer a dor do RN pela mímica facial e somente os alunos do 1º período que com 65% e alunos do 4º período com 55,5% disseram não ser possível reconhecer a dor observando mímica facial.

A maioria dos alunos de todos os períodos do curso e 100% dos alunos que participaram da amostra do 2º, 5º, 6º, 8º períodos afirmaram que é possível reconhecer a dor no RN por meio do choro.

O reconhecimento da dor pela identificação da movimentação dos membros tiveram respostas satisfatórias com 50% ou mais de alunos do 2º, 4º, 6º, 7º, 8º, 9º e 10º período do curso citando como meio de reconhecimento.

A tabela de nº 3 mostra ainda que 100% dos participaram da amostra, afirmaram que o reconhecimento da dor em RN pelos parâmetros de avaliação tem importância.

Em resumo os instrumentos comportamentais mais considerados pelos alunos foram 94,1% considerou o choro, 60,3% mímica facial, 53,8% movimentação dos membros, 23,3% considerou escalas de dor e 27,2% os parâmetros fisiológicos.

Em relação às escalas de dor observou-se um desconhecimento por parte dos alunos do curso de enfermagem. As escalas citadas foram: Escala de faces, na qual, três alunos do 7º período; um do 8º e um do 9º período referiram conhecer. A escala analógica, em que um do 4º e um do 7º período citaram. E somente um aluno do 10º período referiu a EDIN (*Echelle Douller Inconfort Nouveau-ne*), NFCS (*Neonatal Fail Coding System*), PIPP (*Premature Infant Pain Profile*) e NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*) como escalas importantes para avaliação da dor neonatal.

Sobre as características da mímica facial, poucos alunos demonstraram ter conhecimento sobre atividade facial. Da amostra total observa-se uma concentração nos últimos períodos do curso, conforme tabela 4.

Então comparando com a tabela 3 com a tabela 4 podemos afirmar que mais da metade dos alunos submetidos a pesquisa sabem que podemos reconhecer a dor pela mímica facial, mas não demonstram conhecimento de como considerar a mímica facial frente a dor.

São considerados movimentos expressivos da mímica facial do RN, fronte saliente citado apenas uma vez, por um aluno (5,5%) do 10º, olhos espremidos citado por um aluno do 1º período (5%), um aluno do 6º período (7,6%), três alunos do 8º período (21%) e um aluno do 9º período (7,6%), sulco nasolabial aprofundado citado apenas por um aluno do 10º período (5,5%), língua tensa citado por um aluno do 7º período (4,1%) e por um aluno do 9º período (7,6%), lábios entreabertos, boca estirada no sentido da horizontal e vertical e tremor de queixo que não foi citado pelos alunos.

É perceptivo também que alguns alunos sabem identificar expressões de mímicas faciais no RN, porém citam com nomenclaturas similares, 14 alunos sendo eles um aluno do 1º período (5%), um aluno do 5º período (9%), um aluno do 7º período (4,1%), quatro alunos do 8º período (28,5%) e sete alunos do 9º período (53,8%) equivalendo a mais da metade dos alunos desse determinado período, citaram testa franzida, foi citado por três alunos do 9º período (23%) contração do queixo.

Tabela 4- Distribuição da mímica facial presente consideradas pelos alunos do curso de enfermagem, de acordo com os períodos do curso, com respectiva frequência e porcentagem, Faculdade de Ceilândia, 2013.

Períodos	1 ^o n=20	2 ^o n=16	3 ^o n=7	4 ^o n=18	5 ^o n=11	6 ^o n=13	7 ^o n=24	8 ^o n=14	9 ^o n=13	10 ^o n=18
Testa franzida %	1 5%	0 0%	0 0%	0 0%	1 9%	0 0%	1 4,1%	4 28,5%	7 53,8%	0 0%
Semblante álgico %	0 0%	0 0%	7 100%	1 5,5%	4 36,3%	6 46,1%	0 0%	0 0%	0 0%	1 5,5%
Careta %	0 0%	0 0%	0 0%	1 5,5%	2 18,1%	0 0%	0 0%	0 0%	1 7,6%	0 0%
Contração facial %	0 0%	0 0%	1 14,2%	1 5,5%	0 0%	1 7,6%	0 0%	1 7,14%	2 15,3%	2 11,1%
Língua tensa %	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 4,1%	0 0%	1 7,6%	0 (0%)
Boca franzida %	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	3 12,5%	1 7,1%	3 23%	0 0%
Aproximação das sobrancelhas %	1 5%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 7,6%	0 0%
Queixo contraído %	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	3 23%	0 0%
Olhos apertados %	1 5%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 7,6%	0 0%	3 21,4%	1 7,6%	1 5,5%
Sulco nasolabial aprofundado %	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 5,5%
Fronte saliente %	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 5,5%
Choro %	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 9,0%	1 7,6%	0 0%	1 7,1%	1 7,6%	2 11,1%
Rubor facial %	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 7,6%	0 0%
Hiperemia do zigomático %	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 7,1%	0 0%	0 0%
Língua retraída %	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 4,1%	0 0%	0 0%	0 0%

Observando a tabela 4 que alguns alunos não sabem diferenciar mímica facial no RN de outras alterações comportamental como o choro que foi citado por um aluno do 5º período (9,0%), um aluno do 6º período (7,6%), um aluno do 8º período (7,1%), um aluno do 9º período (7,6%) e por dois alunos do 10º período (11,1%), semblante álgico teve destaque expressivo chegando a ser citado por 100% dos alunos do 3º período, 36,3% pelos alunos do 5º período, 46,1% por alunos do 6º período e 5,5% do 4º período, quatro alunos destacaram caretas sendo eles um aluno do 4º período, dois alunos do 5º período (18,1%) e um aluno do 9º período.

Houve citações implausíveis por não serem consideradas mímicas faciais como hiperemia do zigomático citado por um aluno do 8º período, rubor facial citado por um aluno do 9º período.

A tabela 5 mostra as menções dos alunos por período sobre as movimentações do RN submetido a dor, mais da metade dos alunos (64,2%) não souberam responder a questão, alunos esses que são do 1º ao 10º período do curso de graduação em enfermagem.

Notamos ainda que, o mais citado pelos alunos foi agitação, sendo mencionado por alunos de todos os períodos do curso, sendo um aluno do 1º período (5%), um aluno do 2º período (6,25%), um aluno do 3º período (14,2%), sete alunos do 4º período (38,3%), um aluno do 5º período (9%), seis alunos do 6º período (46,1%), dois alunos do 7º período (8,3%), dois alunos do 8º período (14,2%), quatro alunos do 9º período (30,7%) e três alunos do 10º (16,6%).

A movimentação das mãos foi citada apenas por um aluno do 10º período do curso (5,5%), a flexão dos membros foi citada por dois alunos do 1º período (10%), dois alunos do 5º período (18,1%), um aluno do 6º período (7,6%), um aluno do 7º período (4,1%), dois alunos do 9º período (15,3%) e um aluno do 10º período (5,5%), extensão dos membros foi mencionado por um aluno do 5º período (9%), um aluno do 6º período (7,6%) e um aluno do 10º período (5,5%). Não houve citação dos alunos sobre rigidez torácica, porém houve citação de um aluno do 9º período (7,6%) de rigidez do corpo. De acordo com a tabela abaixo quatro alunos consideraram contorções como movimento presente em recém-nascidos submetidos a procedimentos dolorosos.

Tabela 5- Distribuição da movimentação presente consideradas pelos alunos do curso de enfermagem, de acordo com os períodos do curso, Faculdade de Ceilândia, 2013.

Períodos	1 ^o n=20	2 ^o n=16	3 ^o n=7	4 ^o n=18	5 ^o n=11	6 ^o n=13	7 ^o n=24	8 ^o n=14	9 ^o n=13	10 ^o n=18
Agitação %	1 5%	1 6,25%	1 14,2%	7 38,8%	1 9%	6 46,1%	2 8,3%	2 14,2%	4 30,7%	3 16,6%
Flexão dos membros %	2 10%	0 0%	0 0%	0 0%	2 18,1%	1 7,6%	1 4,1%	0 0%	2 15,3%	1 5,5%
Movimentos das mãos %	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 5,5%
Extensão dos membros %	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 9%	1 7,6%	0 0%	0 0%	0 0%	1 5,5%
Contorções %	0 0%	1 6,25%	0 0%	3 16,6%	0 0%	1 7,6%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
Corpo rígido %	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 7,6%	0 0%

Poucos alunos afirmaram conhecer características fisiológicas importantes para a avaliação da dor em recém-nascidos, do total de 154 alunos submetidos à pesquisa somente 49 alunos (31,8%) responderam a questão, sendo que entre as respostas, algumas não são consideradas parâmetros fisiológicos, conforme tabela 6, respondido por um aluno do 1^o período (5%) e um aluno do 8^o período (7,1%), que citaram micção, um aluno do 5^o período (9%) citou constipação.

Tabela 6- Distribuição dos parâmetros fisiológicos presentes considerados pelos alunos do curso de enfermagem, de acordo com os períodos do curso, Faculdade de Ceilândia, 2013.

Períodos	1 ^o n=20	2 ^o n=16	3 ^o n=7	4 ^o n=18	5 ^o n=11	6 ^o n=13	7 ^o n=24	8 ^o n=14	9 ^o n=13	10 ^o n=18
FC	0	2	0	0	0	3	2	2	5	2
%	0%	12,5%	0%	0%	0%	23%	8,33%	14,2%	38,4%	11,1%
FR	0	0	0	0	0	2	3	4	4	1
%	0%	0%	0%	0%	0%	15,3%	12,5%	28,5%	30,7%	5,5%
PA	0	1	0	0	0	3	0	1	3	1
%	0%	6,25%	0%	0%	0%	23%	0%	7,14%	23%	5,5%
Temperatura	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1
%	0%	0%	0%	5,5%	9%	7,6%	4,1%	0%	0%	5,5%
Micção	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
%	5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	7,1%	0%	0%
Queda de SatO₂	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	5,5%
Liberação de catecolaminas e cortisol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	5,5%
Utilização de reservas de glicose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	5,5%
Constipação	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
%	0%	0%	0%	0%	9%	0%	0%	0%	0%	0%

Legenda: FC= frequência cardíaca FR= frequência respiratória PA=pressão arterial SatO₂= Saturação de oxigênio

Em relação à frequência cardíaca somente 16 alunos (10,3%) relataram a FC como um parâmetro de avaliação, sendo dois alunos do 2^o período (12,5%), três do 6^o período (23%), dois do 7^o período (8,3%), dois do 8^o período (14,2%), cinco do 9^o período (38,4%) e dois do 10^o período (11,1%). Somente 14 alunos (9,0%) relataram a FR, sendo dois alunos do 6^o período (15,3%), três alunos do 7^o período (12,5%), quatro alunos do 8^o período (28,4%), quatro alunos do 9^o período (30,7%) e 1 aluno do 10^o período (5,5%). Nove alunos (5,8%) citaram a PA como parâmetro para avaliação do RN, sendo eles um aluno do 2^o período (6,25%), três alunos do 6^o período (23%), um aluno do 8^o período (7,14%), três alunos do 9^o período (23%) e um aluno do 10^o período (5,5%). A temperatura foi citada por um aluno do 4^o período (5,5%), um aluno do 5^o período (9%), um aluno do 6^o período (7,6%), um aluno do 7^o período (4,1%) e um aluno do 10^o período (5,5%). Já a Saturação de oxigênio foi citada apenas por um aluno do 10^o período (5,5%) do curso.   notável que houve respostas corretas dos alunos do 6^o ao 10^o período.

Houve uma resposta do 10^o período que citou a libera o de catecolaminas e cortisol e utiliza o de reserva de glicose como parâmetro hormonal, porém são considerados

parâmetros biológicos que também podem ser utilizado na avaliação da dor no RN.

Tabela 7- Distribuição dos alunos de enfermagem sobre conhecimento e práticas no tratamento da dor no recém-nascido, Faculdade de Ceilândia, 2013.

Variáveis	F	%
É importante tratar a dor?		
Sim	151	98,1
Não	2	1,3
Não respondeu	1	0,6
Justificativas para o tratamento da dor		
Melhora do prognóstico	112	72,7
Diminuição do sofrimento	134	87,0
Diminuição do estresse	99	64,3
Não vê melhoras	2	1,3

Legenda: f = frequência absoluta, % = porcentagem

A maioria dos alunos afirmaram que é importante tratar a dor do recém-nascido internado em unidades neonatais. Quanto às justificativas para o tratamento da dor, a grande parte dos alunos (72,7%) apontaram a melhora do prognóstico, diminuição do sofrimento (87,0%), a diminuição do estresse (64,3%) e dois (1,3%) relataram não enxergar melhoras no RN em relação ao tratamento da dor.

Ao serem questionados quanto ao uso de medicações 89 alunos (57,8%) relataram que usariam medicações para o alívio da dor no RN, nove (5,8%) não usaria e 56 (36,4%) não souberam informar. Dos 56 alunos os períodos com maior número foram o 1^o, 2^o, 4^o, 5^o e o 6^o períodos.

Em relação aos medicamentos apropriados para o alívio da dor dos neonatos, oitenta e quatro (54,5%) alunos citaram dipirona, oitenta e um (52,6%) citaram o paracetamol, dezenove (12,3%) alunos citaram o tramadol, treze (8,4%) citaram a morfina, sete (4,5%) mencionaram o diazepam, seis (3,9%) alunos citaram o citrato de fentanil, três (1,9%) citaram o midazolam, dois (1,3%) alunos citaram o fentanil, um aluno (0,6%) citou o cloridrato de

centamina, um aluno citou (0,6%) o fenobarbital, um citou (0,6%) hidrato de cloral, um (0,6%) citou o lorazepam e um (0,6%) citou o tiopental. É importante lembrar que, para esta questão, uma lista, em ordem alfabética, contendo 16 medicações, foi apresentada aos alunos. Esta lista continha analgésicos não opióides, analgésicos opióides, anestésicos e sedativos, adequados ou não para o uso neonatal, e o participante pôde selecionar uma ou mais medicações e/ou indicar outros medicamentos não listados.

Tabela 8- Distribuição dos procedimentos considerados pelos alunos de enfermagem a para administração de analgesia para o alívio da dor no recém-nascido, Faculdade de Ceilândia, 2013.

Períodos	1 ^o n=20	2 ^o n=16	3 ^o n=7	4 ^o n=18	5 ^o n=11	6 ^o n=13	7 ^o n=24	8 ^o n=14	9 ^o n=13	10 ^o n=18
Intubação traqueal %	5 25%	4 25%	0 0%	7 38,8%	5 45,4%	4 30,7%	16 66,6%	10 71,4%	9 69,2%	10 55,5%
Aspiração traqueal %	4 20%	0 0%	0 0%	4 22,2%	2 18,1%	0 0%	2 8,3%	2 14,2%	0 0%	2 11,1%
SOG %	5 25%	5 31,2%	1 14,2%	7 38,8%	1 9%	3 23%	5 20,8%	3 21,4%	3 23%	0 0%
Cateter umbilical %	7 35%	4 25%	1 14,2%	9 50%	3 27,2%	6 46,1%	10 41,6%	8 54,1%	4 30,7%	5 27,7%
PICC %	3 15%	2 12,5%	0 0%	3 16,6%	4 36,3%	5 38,4%	13 54,1%	6 42,8%	7 53,8%	11 61,1%
Flebotomia %	0 0%	1 6,25%	0 0%	1 5,5%	0 0%	6 46,1%	7 29,1%	5 35,7%	4 30,7%	3 16,6%
Punção arterial %	1 5%	0 0%	0 0%	2 11,1%	0 0%	1 7,6%	3 12,5%	3 21,4%	4 30,7%	3 16,6%
Punção venosa %	1 5%	0 0%	0 0%	2 11,1%	1 9%	2 15,3%	1 4,1%	1 7,1%	0 0%	0 0%
Punção de calcâneo %	0 0%	1 6,25%	0 0%	2 11,1%	0 0%	3 23%	1 4,1%	2 14,2%	3 23%	2 11,1%
IM ou SC %	1 5%	1 6,25%	0 0%	3 16,6%	1 9%	1 7,6%	0 0%	1 7,1%	1 7,6%	1 5,5%
Punção lombar %	3 15%	1 6,25%	0 0%	3 16,6%	3 27,2%	6 46,1%	7 29,1%	5 35,7%	6 46,1%	8 44,4%
Drenagem de tórax %	6 30%	2 12,5%	1 14,2%	5 27,7%	7 63,6%	8 61,5%	13 54,1%	7 50%	8 61,5%	10 55,5%
EFO %	2 10%	0 %	1 14,2%	3 16,6%	2 18,1%	1 7,6%	16 66,6%	2 14,2%	3 23%	3 16,6%
Pós operatório %	5 25%	8 50%	3 42,8%	7 38,8%	6 54,5%	7 53,8%	16 66,6%	12 85,7%	11 84,6%	11 61,1%

Legenda: SOG=Sondagem Orogástrica; EFO- Exame de fundo de olho; PICC- Passagem de cateter central de inserção periférica; IM- Injeção Intramuscular; SC- Injeção subcutânea

Em relação aos procedimentos considerados na qual os alunos administraria analgesia,

os alunos do 1º período consideraram a inserção de cateter umbilical (35%), a drenagem de tórax (30%) a SOG (25%), intubação traqueal (25%), pós-operatório (25%) e aspiração traqueal (20%) os procedimentos mais dolorosos no RN, os alunos do 2º período consideraram o pós-operatório (50%), SOG (31,2%) e a inserção de cateter umbilical (25%) e intubação traqueal (25%), os alunos do 3º período consideraram o pós-operatório (42,8%), os alunos do 4º semestre consideraram a inserção de cateter umbilical (50%), pós-operatório (38,8%), intubação traqueal (38,8%), SOG (38,8%), drenagem de tórax (27,7%), aspiração traqueal (22,2%), os alunos do 5º período consideraram drenagem de tórax (63,6%), pós-operatório (54,5%), intubação traqueal (45,4%) e PICC (36,3%) são os procedimentos na qual são indicado analgesia, os alunos do 6º período consideraram o pós-operatório (53,8%), punção lombar (46,1%), flebotomia (46,1%), inserção de cateter umbilical (46,1%), PICC (38,4%) e intubação traqueal (30,7%).

Os alunos do 7º período consideraram o pós-operatório (66,6%), EFO (66,6%), intubação traqueal (66,6%), drenagem de tórax (54,1%), PICC (54,1%), inserção de cateter umbilical (41,6%), os alunos do 8º período consideraram a analgesia para os procedimentos pós-operatório (85,7%), intubação traqueal (71,4%), cateter umbilical (54,1%), drenagem de tórax (50%) e PICC (42,8%), os alunos do 9º período consideraram pós-operatório (84,6%), Intubação traqueal (69,2%), drenagem de tórax (61,5%), PICC (53,8%), punção lombar (46,1%), e os alunos do 10º período consideraram o pós-operatório (61,1%), PICC (61,1%), drenagem de tórax (55,5%), intubação traqueal (55,5%), punção lombar (44,4%) os procedimentos citados para administração de analgesia, sendo também considerado os mais doloroso realizados no RN. A tabela 9 mostra que a situação mais citada pelos alunos para o uso de para o RN é o pós-operatório, sendo citado por alunos de todos os períodos.

Tabela 9- Distribuição dos alunos de enfermagem sobre conhecimento de medidas não farmacológicas para o alívio da dor no recém-nascido, Faculdade de Ceilândia, 2013.

Variáveis

		F	%
Medidas não farmacológicas	Sim	59	38,3
	Não	95,0	61,7
Massagem		24	15,6
Glicose		13	8,4
Mãe canguru		11	7,1
Amamentação		11	7,1
Aplicação de calor		9	5,8
SNN		7	4,5
Musicoterapia		7	4,5
Colo materno		6	3,9
Shantala		6	3,9
Banho aquecido		5	3,2
Mudança de posição		4	2,6
Contenção		2	1,3
Enrolamento		2	1,3
Adequar o ambiente		2	1,3
Hidroterapia		2	1,3
Chá		2	1,3
Aplicação de frio		1	0,6

Legenda: SNN=Sucção não Nutritiva

Quanto às medidas não farmacológicas para o alívio da dor, 61,7% dos alunos disseram que não conhecem medidas não farmacológicas para alívio da dor, 38% dos alunos afirmaram conhecer e aplicar alguma medida, sendo que 24 alunos (15,6%) citaram a massagem, 13 alunos (8,4%) citaram a glicose, 11 alunos (7,1%) citaram amamentação, 11 alunos (7,1%) citaram mãe canguru, nove alunos (5,8%) citaram aplicação de calor, 7 alunos (4,5%) citaram a sucção não nutritiva, seis alunos (3,9%) citaram Shantala e seis (3,9%) citaram colo materno, cinco alunos (3,2%) citaram mudança de posição e a contenção, enrolamento, adequação do ambiente, hidroterapia e chá foram citados cada um por dois alunos(1,3%).

5. DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa do total de 154 alunos do curso de graduação em enfermagem, do 1º ao 10º período do curso. Quanto ao reconhecimento da dor no recém-nascido os alunos a partir do sétimo período relataram reconhecer quando o RN sente dor. Ressalta-se no presente estudo que os alunos do oitavo semestre responderam melhor que os alunos do nono e décimo período, o que é motivo de surpresa, uma vez que os alunos do décimo estão prestes a se formar.

Estudo realizado por Silva, Balda e Guinsburg (2012), com residentes da pediatria e da neonatologia mostrou que todos os residentes que participaram da pesquisa, disseram que o RN é capaz de sentir dor. Outro estudo de Santos et al. (2012) corrobora com os achados de Silva et al. (2012), na qual todos os profissionais (100%) que participaram da pesquisa declararam que o RN sente dor. Porém em ambos os estudos a percepção que os profissionais têm na identificação da existência da dor é precária.

Associado a isso existe ainda um impedimento para reconhecer e avaliar a dor no período neonatal, formando um dos maiores obstáculos ao seu tratamento apropriado nas UTINs. A falta de conhecimentos sobre as escalas para avaliar a dor por parte dos profissionais de saúde e a indicação para o uso de analgésicos e seus efeitos colaterais nessa faixa etária contribuem para essa realidade (PRESTES et al., 2005). Silva et al. (2009) destacam que uma atenção especial à dor e a investigação de meios para diminuí-la e até evitá-la podem ser um artifício importante para a melhoria da qualidade de vida do neonato em UTIN.

Quando avaliamos o reconhecimento da dor no RN pelos alunos para a identificação dos parâmetros comportamentais podemos usar escalas, ações faciais, movimentos dos membros e choro. Os alunos do 7º ao 10º período do curso tiveram mais destaque quando questionado da existência de tais parâmetros para o reconhecimento da dor.

Scochi et al. (2006), em estudo descritivo qualitativo realizado em Ribeirão Preto – SP, descreveram como os profissionais de enfermagem compreendem a questão da dor, sua avaliação e manejo no recém-nascido submetido ao cuidado intensivo. A coleta de dados foi realizada com 17 participantes, sendo três enfermeiros, dois residentes de enfermagem, dois técnicos de enfermagem e dez auxiliares de enfermagem. O estudo concluiu que a equipe de enfermagem apresentou ter conhecimento sobre as alterações manifestadas pelo neonato diante de situações dolorosas e identificou procedimentos dolorosos e intervenções

farmacológicas ou não farmacológicas para diminuir a dor. Porém, em relação aos instrumentos para avaliação da dor, os entrevistados demonstraram dúvidas acerca do correto diagnóstico de dor decorrentes da falta de conhecimento sobre as diferenças entre dor e estresse no recém-nascido, o que pode aumentar o risco de subtratamento da dor naqueles neonatos submetidos a inúmeros procedimentos dolorosos.

Os profissionais de enfermagem exercem um papel importante na observação e implementação de medidas que minimizem esses riscos, uma vez que estão em contato direto com o RN, acompanhando sua evolução clínica, além de contribuírem com a construção de evidências científicas. A assistência neonatal deve valorizar um cuidado centrado na família, com a participação dos pais na tomada de decisão e na assistência ao RN (CASTRAL, 2011; RIBEIRO, 2012; SCOCHI, 2006).

Segundo Stevens et al. (1996), a avaliação da dor em prematuros é um problema difícil para os profissionais de saúde, pais e pesquisadores. No entanto, essas dificuldades não podem impedir a prestação de cuidados que fornecem às crianças o alívio da dor que elas merecem. Diversas escalas foram desenvolvidas com o objetivo de identificar e avaliar a dor em neonatos, dentre as quais apresentamos as mais utilizadas.

O *Neonatal Facial Coding System* / Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (NFCS), desenvolvido e validado por Grunau e Craig (1987) e Grunau, Craig e Johnston (2000) que avalia oito movimentos faciais: fronte saliente, fenda palpebral estreitada, sulco nasolabial aprofundado, lábios entreabertos, boca estirada (horizontal ou vertical), língua tensa, protrusão de língua e tremor de queixo. Para a presença de cada movimento é atribuído um ponto, totalizando oito pontos.

A *Echelle Douller Inconfort Nouveau-ne* (EDIN) é uma escala de dor e desconforto do RN, avaliam atividades faciais, movimentos corporais, qualidade do sono, interação e o reconforto/consolabilidade, cada indicador da escala tem pontuação de zero a três, depois somam-se as pontuações dos indicadores, escore maior ou igual a cinco necessita de intervenção, a pontuação máxima é quinze. Esta escala é utilizada principalmente quando o RN é submetido à dor por tempo prolongado (DEBILLON et al., 2001)

O *Premature Infant Pain Profile* / Perfil de Dor do Prematuro (PIPP) é uma escala de sete itens: idade gestacional em semanas, estado de alerta, frequência cardíaca (FC), saturação de oxigênio (SatO₂), testa franzida, olhos espremidos e sulco nasolabial. Cada item, a depender da manifestação, recebe escore variável de zero a três e a intensidade da dor é

dimensionada pela somatória dos escores: 0 a 6 – sem dor ou dor leve, 7 a 12 – dor leve a moderada e > 12 – dor moderada a intensa (STEVENS et al., 1996).

A *Neonatal Infant Pain Scale*/ Escala de Dor Neonatal (NIPS) é uma escala de dor do recém-nascido e do lactente submetido a dor aguda, avalia a expressão facial, o choro, a respiração, a posição das pernas, a posição dos braços e o estado de sono e vigília, os quais recebem de 0 a 1 ponto de acordo com a manifestação do neonato, sendo indicativa para dor uma pontuação superior a três (LAWRENCE et al., 1993). Esta escala apresenta uma excelente confiabilidade, e alta sensibilidade e especificidade, é mais prática e simples. Diante das limitações na avaliação da dor neonatal, não existe uma escala padrão-ouro e recomenda-se o uso adicional de parâmetros comportamentais (ex.: mímica facial, choro, movimento corporal), e fisiológicos (FC, variabilidade da FC, SatO₂, cortisol salivar) devido à diversidade e amplitude da resposta à dor pelo RN, principalmente aqueles mais imaturos (CASTRAL, 2011; RIBEIRO, 2012 ; SCOCHI, 2006). Do total de 154 alunos que participaram da pesquisa, apenas um aluno do 10º período (0,6%) do curso citou as quatro escalas, é importante ressaltar ainda que existem várias escalas comportamentais para o reconhecimento da dor no RN, porém as citadas acima são as mais conhecidas e utilizadas, (GRUNAU; GRAIG, 2010; RIBEIRO, 2012; SILVA, 2007; SILVA, 2010).

Ainda foi relatado por alguns alunos (3,2%) a escala de faces, que é formada por desenhos de seis faces diferentes, sendo elas nenhuma dor, dor leve, dor moderada, dor incômoda, dor intensa e dor insuportável. É uma escala exclusiva para crianças abaixo de três anos, mas não é indicada para RN. Houve também citação de escala analógica ou escala numérica por dois alunos (1,2%) de períodos distintos, esta escala não é usada para RN, pois para ser aplicada corretamente é necessário verbalização, é usada em crianças a partir de 5 anos, e é uma escala crescente que tem numerações de 0 (sem dor) a 10 (dor insuportável), a criança que diz a numeração da dor que está sentindo (CRESCÊNCIO, ZANELATO, LEVENTHAL, 2009).

Então, apesar da descrição dos alunos referentes às escalas citadas acima, a interpretação dos alunos foi relatada de forma incorreta. A *Crying, Requires for saturation above 95%, Increased vital signs, Expression and Sleeplessness* / Choro, Necessidade para saturação de oxigênio acima de 95%, Aumento dos sinais vitais, Expressão facial e Estado de alerta (CRIES) é uma escala que não foi mencionada pelos alunos do curso de enfermagem, é

uma escala utilizada para avaliar a dor pós-operatória no RN, ela possui cinco indicadores são eles eles: choro, saturação de oxigênio, FC, pressão sanguínea, expressão facial e sono, é uma escala que deve ser aplicada a cada duas horas após o RN ter sido submetido ao procedimento doloroso, e depois a cada quatro horas por 48 horas, o escore mínimo da tabela é 0 (ausência de dor) e 10 é o máximo com dor intensa, escore maior ou igual a cinco é indicativo de dor (FEIJÓ et al., 2013; KRECHEL; BILDNER, 1995).

O choro que foi citado por aluno do 5º, 6º, 8º e 9º período do curso não é considerado mímica facial, é uma maneira útil de avaliação da dor em RN, mas não é um método que pode ser utilizado sozinho, pois o choro pode estar relacionado à fome ou ao desconforto (SILVA, 2007; GUINSBURG, CUENCA, 2010). O choro é uma ação psicológica que chama a atenção, mas requer do RN um grande esforço, causando desconforto e alteração na sua oxigenação. Como notado o choro é bem citado pelos alunos e por profissionais no reconhecimento da dor, há autores ainda que dizem que há diferenças do choro de dor, pois o mesmo é mais agudo, e a fase respiratória mais longa e mais duradouro (SILVA, 2007; GUINSBURG, CUENCA, 2010; RIBEIRO, 2012).

Segundo Guinsburg e Cuenca (2010) as respostas motoras observadas no RN submetidos à dor é reconhecida com movimentos específicos das mãos, rigidez torácica, flexão e extensão das extremidades. Poucos alunos (35,8%) souberam responder à questão, sobre movimentação presentes no RN que foi submetido a procedimentos dolorosos. O mesmo acontece com a utilização dos parâmetros fisiológicos para o reconhecimento, poucos alunos (29,2%) souberam mencionar os parâmetros, alguns alunos ainda confundiram parâmetros fisiológicos com necessidades humanas fisiológicas mencionando a constipação e a micção, e outros citaram alguns parâmetros hormonais como liberação de catecolaminas e cortisol e utilização de reservas de glicose.

O estresse causado por procedimentos dolorosos, libera hormônios em resposta, é causado por uma tensão física ou mental, ele é sentido pelo cérebro, mais especificamente pelo hipotálamo que secreta corticotropina (CRH), que libera hormônios adrenocorticotróficos (ACTH), esse hormônio estimula a liberação pelo córtex da supra renal de glicocorticóides como o cortisol e liberado também pelo hipotálamo que secreta catecolaminas para manutenção sanguínea e suprir energia (CABRAL, 2011).

Ocorre também a mobilização de glicose e gorduras e utilização de reservas de glicose (CABRAL, 2011).

São considerados parâmetros fisiológicos para o reconhecimento da dor a FC, FR, temperatura, pressão artéria, e SatO₂ (CHERMONT et al., 2004). A presença dos parâmetros fisiológicos de dor no RN pode mostrar a presença desta, mas não a sua intensidade, por isso não podemos utilizar somente estes parâmetros para identificação e avaliação (SANTOS; SILVA, BALDA, GUINSBURG, 2012).

Durante um procedimento doloroso são ativados mecanismos compensatórios do sistema nervoso autônomo gerando respostas que alteram aumenta a frequência cardíaca, a frequência respiratória, diminui a saturação, causa ainda sudorese, vasoconstrição periférica, dilatação da pupila, mas esse quadro pode ser visto também em outras situações como no desconforto e ansiedade (SANTOS et al., 2012).

Segundo Nicolau et al. (2008) que realizaram um estudo longitudinal prospectivo realizado em 2003 na UTIN do berçário anexado a maternidade do Hospital da Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, que avaliou os parâmetros fisiológicos durante os momentos (T0= antes da aspiração, T1= imediatamente após a aspiração e T5= cinco minutos após a aspiração traqueal). Foi possível observar que não houve diferença significativa da frequência cardíaca e frequência respiratória (FC: $p = 0,447$; FR: $p = 0,864$), mas não podemos considerar apenas esses parâmetros para avaliação da dor. Os autores observaram que durante o procedimento a saturação de oxigênio diminuiu de forma brusca nos três momentos (T0 x T1 e T1 x T5: $p < 0,05$) a saturação antes da aspiração endotraqueal (T0) era de $95,6 \pm 2,46$, a saturação imediatamente após a aspiração endotraqueal (T1) diminuiu para $91,42 \pm 3,18$ e cinco minutos após a aspiração endotraqueal aumentou para $96,12 \pm 2,66$. Isso ocorreu não somente devido à dor, mas também pelo procedimento que causa hipoxemia como é o caso da aspiração. Os autores concluíram que a FR e FC isoladamente não foi válido para avaliação da dor no RN, já a saturação pode ser usado para o reconhecimento e avaliação da dor, pois no estudo houve queda significativa.

A exposição do RN a dor tem sido retratada em diversos países. Em 32 unidades pediátricas e neonatais canadenses, dentre as 3822 crianças estudadas, 78,2% foram submetidas a, no mínimo, um procedimento doloroso em 24 horas, com uma média de 6,3 procedimentos dolorosos/criança. A punção de calcâneo foi o procedimento realizado com maior frequência (STEVENS et al., 2011).

Outro estudo realizado em 13 unidades neonatais e pediátricas francesas registrou uma média de 98 procedimentos dolorosos em cada um dos 420 RN, com média diária igual a 12

durante 14 dias após a admissão em uma dessas unidades (CARBAJAL et al., 2008). No Brasil, um estudo em quatro unidades neonatais de São Paulo encontrou uma média de 3-5 procedimentos dolorosos diários para cada um dos 171 RN internados nestas unidades durante um mês (PRESTES et al., 2005). Em outro estudo realizado em uma unidade neonatal do interior de São Paulo, os 32 RN foram submetidos à 1.316 procedimentos potencialmente dolorosos durante a primeira semana após a admissão. A média de procedimentos dolorosos nos primeiros sete dias de internação foi de $41,1 \pm 21,8$ procedimentos, variando de $9,4 \pm 6,2$ no primeiro dia a $3,8 \pm 3,2$ procedimentos no sétimo dia de internação (CAPELLINI, 2012).

Os procedimentos invasivos considerados dolorosos por Nobrega, Sakai e Krebs, (2007) foram punção venosa, coleta sanguínea, dissecação venosa, cateterização umbilical, drenagem torácica, coleta de líquido cefalorraquidiano (LCR), aspiração traqueal, intubação e passagem de sonda nasogástrica. O mais comum é a punção venosa segundo estudos realizados por Veronez e Corrêa, (2010) e Nobrega, Sakai e Krebs, (2007).

Veronez e Corrêa (2010) realizaram uma pesquisa qualitativa com profissionais da equipe de enfermagem da UTIN de um Hospital Regional de Maringá, no Paraná, a pesquisa foi realizada com 13 enfermeiros e 15 técnicos de enfermagem, que abordou as seguintes questões: conhecimento e a percepção da dor no RN, os procedimentos considerados mais dolorosos, adoção de instrumentos para avaliação da dor e estratégias para inibição da dor. Pelos profissionais os procedimentos considerados mais dolorosos foram à punção venosa, coleta sanguínea, glicemia capilar, retirada de fita adesiva da pele, aspiração traqueal, curativos, flebotomia, drenagem torácica, pequenas cirurgias.

Ambos estudos mostraram que os profissionais sabem que o RN sente dor, sabem identificar os procedimentos dolorosos, porém há vulnerabilidades sobre como identificar a intensidade da dor e como tratar a dor.

Em pesquisa realizada por Chermont et al. (2003) foi considerado como procedimentos dolorosos a punção venosa ($p=0,03$), punção capilar ($p=0,51$), punção lombar ($p=0,31$), dissecação venosa ($p=0,01$), drenagem torácica ($p=0,03$), ventilação mecânica ($p=0,003$), pós-operatório ($p=0,13$), e nessa mesma pesquisa realizada com médicos foi constatado que poucos usam analgésicos, frente a procedimentos invasivos simples, como punção venosa, glicemia capilar, são usados mais quando o RN é submetido a procedimentos dolorosos mais invasivos, 50-75% dos participantes da pesquisa afirmaram não fazer analgesia para alívio da

dor em pós operatório, 70-80% fazem analgesia em punção lombar, 39% usou analgesia para dissecação venosa e 54% usou em ventilação mecânica.

Os alunos de graduação em enfermagem da faculdade Ceilândia que participaram da pesquisa consideraram o pós-operatório o procedimento no qual precisa-se de analgesia mediante prescrição médica com percentual de 55,8%, seguido por intubação traqueal (45,4%), drenagem torácica (43,5%), cateter umbilical (37%), PICC (35%), punção lombar (27,2%), então foi possível perceber que assim como a pesquisa realizada por Chermont et al. (2003) demonstram que menos de 15% dos profissionais administram analgesia em punção capilar e venosa, e mais de 50% dos profissionais afirmaram utilizar analgesia em procedimentos invasivos e dolorosos como a dissecação venosa, drenagem torácica, ventilação mecânica, os alunos consideraram a analgesia para procedimentos muito invasivos.

Diversas intervenções têm sido investigadas e propostas para o alívio da dor aguda em RN, sendo classificadas em farmacológicas (ex.: analgésicos, anestésicos tópicos locais, soluções adocicadas), físicas (ex.: técnica de injeção rápida, injeção sem aspiração, uso de calor ou frio local) e não farmacológicas (ex.: a sucção não nutritiva, a amamentação, o leite humano e a posição canguru) (ANAND et al., 2006; STEVENS et al., 2011; TADDIO et al., 2009; CASTRAL et al., 2008).

As intervenções farmacológicas têm a função preventiva ou de diminuição da intensidade da dor em procedimentos dolorosos (BRASIL, 2013).

Dentre as classes de medicações para o alívio da dor são usados os analgésicos opióides, analgésicos não-opióides e sedativos. Analgésico não opióides tem como seus principais medicamentos os antiinflamatórios não hormonais, essa é uma classe que inibe as prostaglandina e da tromboxana. Esses fármacos são indicados em casos de dor leve a moderada, ligados ou não a processos inflamatórios. O paracetamol é o medicamento desse grupo considerado mais seguro para RN, o início da sua ação é lenta e a sua vantagem é que ele é pouco hepatotóxico, não interfere na agregação plaquetária e não induz gastrite. A dipirona que tem mecanismo de ação a inibição da cicloxigenase (COX) não é indicado para RN (GUINBURG, 1999).

Os alunos que participaram da pesquisa 52,6% citaram a dipirona e 52,6% o paracetamol.

Os analgésicos opióides atuam em receptores opióides localizados no sistema nervoso central, medula e receptores periféricos, inibem a aferência da dor na medula espinal ao

mesmo tempo ativam vias corticais descendentes que inibem a dor, esses medicamentos são indicados para dores mais intensas. Os opióides também apresentam efeitos adversos como depressão do sistema respiratório, o que torna necessária monitoração dos sinais vitais. Tem efeitos adversos sedativos, e tolerância ao opióide, tendo assim que aumentar as doses do fármaco gradualmente (FEIJÓ et al., 2013; GUINSBURG, 1999).

Dos opióides para dor em neonatos o mais utilizado é a morfina que é um potente analgésico e sedativo, agonista, é indicado para alívio de dores intensas, nesta pesquisa podemos perceber que 8,4% dos alunos consideraram a morfina como medicação para alívio da dor. É bastante utilizado também a meperidina que não é indicado para RN, pois apresenta efeitos cardiovasculares e diminuição da contração do músculo miocárdio, o citrato de fentanil que como todo opióide provoca depressão respiratória e apresenta menos efeitos cardiovasculares, por isso é bastante usado em RN. (GUINSBURG, 1999; GAIVA, 2001; FEIJÓ et al. 2013,). Essa medicação foi citada por 3,9% dos alunos, além desses opióides mais utilizados, outros como Alfentanil foram citados pelos alunos (1,3%) que são administrados em procedimentos cirúrgicos rápido, pois o mesmo tem uma meia vida curta.

Já o Tramadol estimula a liberação de serotonina e inibe a recaptação de serotonina e noradrenalina, essa medicação é um excelente analgésico e contém menos efeitos adversos quando comparados com os outros opioides, esse medicamento foi citado por 12,3% dos alunos que participaram da pesquisa (FEIJÓ, et al. 2013; GUINSBURG, 1999).

Além dos analgésicos opióide e não opióides, foram citados para o alívio da dor alguns sedativos, como o Diazepam (4,5%) e o Midazolam (1,9%). Porém, há uma confusão por parte dos alunos uma vez que os mesmos não promovem analgesia, os sedativos foram inclusos no instrumento de coleta de dado entre os outros fármacos propositalmente, para análise do conhecimento dos alunos relacionados a indicações farmacológicas. Os sedativos não são utilizados para minimizar as dores, eles diminuem a atividade cerebral, tem a capacidade de diminuir o tônus muscular e isso faz com que seja necessário suporte respiratório e monitoramento dos parâmetros fisiológicos, diminuição da ansiedade e indução do sono. O diazepam faz parte dos benzodiazepínicos que agem como ansiolíticos, anticonvulsivantes, relaxantes musculares e não são capazes de diminuir dores, eles são capazes de causar amnesia, impede a o armazenamento e codificação de novas informações. O Midazolam também causa amnesia anterógrada, tem um efeito mais duradouro, mas geralmente é utilizado com algum opióide (FEIJÓ et al., 2013; GUINSBURG, 1999).

As intervenções não farmacológicas têm o papel de prevenir ou minimizar a intensidade da dor e quando avaliamos o conhecimento dos alunos sobre as medidas não farmacológicas para o alívio da dor poucos alunos (38%) souberam responder, sendo que dentre os 38% houveram respostas confusas como, por exemplo, a administração de chá. É recomendado pelo Ministério da Saúde e pela OMS, que o lactente seja alimentado exclusivamente pelo leite materno até os seis meses de idade depois continuar com o leite materno, porém deve-se incluir complemento a nutrição (BRASIL, 2009).

Em relação às medidas não farmacológicas a maioria dos alunos citaram a massagem (15,6%), seguida da amamentação (7,1%).

A massagem aumenta a atividade do hipotálamo, estimulando o sistema sensorial periférico suave ajuda no alívio de dores, além de criar um vínculo entre o RN e os pais (FARIAS et al., 2011). Na dor as fibras aferentes transmitem o impulso doloroso para a medula e se modula no corno dorsal, o mecanismo de modulação é influenciado pela atividade das fibras nervosas, na massagem suave é possível que ocorra a inibição a transmissão da dor pelas fibras aferentes, ativação das vias endógenas de opióides e não opióides que reduz a dor além disso, é um método seguro, de baixo custo e de fácil aplicação (JAIN et al., 2006).

Jain et al. (2006) na sua pesquisa dividiu dois grupos de neonatos, um grupo que recebia massagens após punção de calcâneo e um grupo que não recebeu a massagem. Nos neonatos submetidos a massagem foi aplicado uma pressão firme com dedos suaves que se ajustavam ao corpo do bebê deixando-o confortável, e como resultado foi perceptível que não foram encontradas alterações na NIPS ($p=0,68$), FC ($p=0,53$), ou FR ($p=0,51$), e SpO2 ($p=0,34$) nos neonatos que receberam a massagem, mas quando os grupos não receberam massagem houve um maiores índices de FC, então os autores defenderam o uso da massagem pois não tem resposta adversa e diminui a manifestação da dor no neonato.

Em uma revisão sistemática foram encontrados 20 estudos experimentais e quase experimentais relacionados ao uso da amamentação ($n=10$) e do leite materno ($n=10$) no alívio da dor durante a punção venosa ou punção de calcâneo. Todos os estudos investigaram a efetividades destas intervenções mediante um único procedimento de dor e incluíram RN a termo saudáveis, exceto um estudo com leite materno (LM) que incluiu também RN pré-termo. A amamentação (AM) ou o LM foi comparado ao grupo controle que recebeu várias intervenções como água destilada (2-5ml); glicose (30%, 1-2ml, precedido ou não de jejum,

25% ou 12%, 2ml) com ou sem sucção na chupeta; açúcar artificial (2ml); colo materno sem amamentação (com ou sem chupeta) ou enrolamento e RN no berço (SHAH P.; ALIWALAS; SHAH V., 2006).

No caso da AM a população dos estudos analisados incluiu apenas RN a termo. O tempo de duração da AM variou entre dois a 45 minutos antes do procedimento ou quando o RN apresentava uma pega adequada em seio materno. A resposta do RN à dor foi mensurada pela análise do choro, parâmetros fisiológicos e escalas de dor. Em relação às escalas, os escores do PIPP, DAN (*Douleur Aigue Nouveau-ne*), NIPS e NFCS foram significativamente menores no grupo AM em comparação com água estéril à glicose oral, uso de chupeta, colo e sem qualquer intervenção, mas não houve diferença quando comparado à alimentação com fórmula. Em relação à duração do choro, esta foi significativamente menor nos RN do grupo AM do que no grupo sem intervenção e no grupo da glicose. Também houve um menor aumento da FC no grupo AM quando comparado ao grupo contenção, colo da mãe, sem intervenção, mas não houve diferença quando comparada a glicose 30%. Para a saturação houve uma diferença em favor da sacarose 20% (SHAH P.; ALIWALAS; SHAH V., 2006).

Apenas um estudo recente, não incluído na revisão sistemática acima citada, investigou a AM no alívio da dor em RN pré-termo submetidos a punção de calcâneo em comparação com a sucção não nutritiva, porém não foram encontradas diferenças significativas nos parâmetros fisiológico (FC) e comportamentais (escala de dor *Behavioral Indicators of Infant Pain* - BIPP). No grupo AM houve uma relação significativa com a escala de BIPP, o escore foi menor, e há indícios que seja devido a melhor habilidade de sucção do RN, o que sugere que a sucção talvez seja um componente importante para o efeito analgésico da AM (HOLSTI; OBERLANDER; BRANT, 2011).

A glicose foi citada por treze alunos (8,4%), o uso da glicose para alívio da dor é comparado com a amamentação antes do procedimento, pois o mesmo tem um efeito parecido, a glicose deve ser administrada oralmente dois minutos antes do procedimento. O efeito da glicose é mediado pelo sistema endógeno, esse método é eficiente, pois durante o procedimento foi possível notar que houve a diminuição da intensidade do choro e não houve alterações fisiológicas, comportamentais e hormonais consideráveis (GUINSBURG, 1999; BRASIL, 2013; FARIAS et al., 2011; CRESCÊNCIO, ZANELATO, LEVENTHAL., 2009).

O uso de soluções adocicadas foi constatada ser uma ferramenta comprovadamente eficaz no alívio da dor em recém-nascidos, principalmente, as soluções de sacarose e glicose.

A facilidade na administração e o efeito analgésico praticamente instantâneo podem ser algumas com vantagens para a sua aplicabilidade na prática clínica (BUENO, 2011; TADDIO et al., 2003). Em vários procedimentos dolorosos, como punção de calcâneo (SIMONSE; MULDER; VAN BEEK, 2012; STEVENS; YAMADA; OHLSSON, 2007), punção venosa (BIRAN et al., 2011; TADDIO et al., 2009), injeção intramuscular (HARRINGTON et al., 2012; LIAW et al., 2011) e o exame de fundo de olho para diagnóstico da ROP (SUN et al., 2010), tem se utilizada a sacarose como medida de alívio da dor em neonatos.

A Sucção não nutritiva foi citada por seis alunos (3,9%) por meio de chupeta ou pelo dedo enluvado do cuidador, que é condenado por alguns profissionais por induzir a desmame precoce, mas a sucção libera serotonina, inibindo e diminuindo a agitação e o desconforto causado pela dor (FARIAS et al., 2011).

Diversos estudos na literatura apontam uma forte evidência do uso combinado da SNN com a sacarose (LAGO et al., 2009; STEVENS, YAMADA, OHLSSON, 2007; BLASS, WATT, 1999) como o método mais efetivo do que o uso destas intervenções separadamente para o alívio da dor aguda. No entanto, Tsao et al. (2008) apontam para resultados menos consistentes do efeito da SNN e sacarose em RN mais imaturos. Acredita-se que a menor reatividade a dor do RN de extrema idade gestacional ou a inabilidade de uma sucção efetiva podem ter contribuído para tais achados.

Além disso, Unceta-Barrenechea et al. (2008) em estudo realizado na Espanha com RN a termo, não encontraram diferença no tempo de choro e escore na escala de desconforto ao comparar os grupos que receberam a SNN combinada com 2ml de sacarose a 24% ou com água 2 minutos antes da punção de calcâneo. A SNN parece ser mais efetiva quando combinada com o colo (PHILIPS et al., 2005), porém não existem estudos acerca dos efeitos combinados da SNN com outros métodos para o alívio da dor como, por exemplo, o contato pele a pele.

O método canguru foi citado por 11 alunos (7,1%) do curso de Enfermagem. A posição canguru consiste em manter o RN pré-termo ou de baixo peso ao nascer em contato pele-a-pele, na posição vertical, junto ao peito materno ou de outro familiar. É considerado um método natural e sem custos adicionais, que possibilita participação ativa da mãe e família no cuidado e se constitui em um componente do Método Canguru preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Dentre algumas vantagens amplamente conhecidas do Método Canguru, destacam-se a promoção e aumento da duração do aleitamento materno,

melhor estabilidade cardiorrespiratória e de termorregulação, aumento da glicemia plasmática, fortalecimento do vínculo mãe-bebê e família (MOORE; ANDERSON; BERGMAM, 2012). Além disso, o Método Canguru também está associado com uma redução no risco de mortalidade, infecção nosocomial e sepse, hipotermia e menor tempo de internação no hospital (CONDE; BELIZÁN; DIAZ, 2011).

Estudo recente realizado por Chidambaram et al. (2013) comparou prematuros que foram submetidos a punção de calcâneo e divididos em dois grupos: o primeiro não recebeu nenhuma intervenção e outro foi submetido ao método canguru (15 minutos antes, 15 e 30 minutos após o procedimento), para avaliação da dor eles utilizaram a escala de PIPP, e foi observado que o grupo controle teve um escore da escala de PIPP maior ($5,76 \pm 2,5$ e $5,24 \pm 2,33$) nos 15 e 30 minutos após o procedimento quando comparado com o grupo do método canguru ($4,3 \pm 3,02$ e $3,84 \pm 1,34$). E quando comparado o tempo do método canguru em relação ao controle nos 15 minutos antes, 15 e 30 minutos após o procedimento foi encontrado diferenças estatisticamente significante ($p=0,001$), em relação aos outros parâmetros fisiológicos como FC ($p=0,075$) e SatO₂ ($p=0,192$) não foi encontrado resultado semelhante.

O tempo necessário em posição canguru para a redução da dor aguda em RN é ainda bastante controverso. Os estudos revisados divergem consideravelmente quanto ao tempo de tratamento, variando de dez minutos a três horas, dando-se destaque para um estudo que avaliou a posição canguru após cinco sessões de 45 minutos (WARNOCK F et al., 2010). O tempo mínimo de dez minutos é considerado, por alguns autores, como essencial para possibilitar que a mãe e o bebê relaxem (CONDE; BELIZÁN; DIAZ, 2011), devendo ser mantida durante e após o procedimento doloroso. No entanto, outros estudos mais recentes encontraram uma redução significativa da dor após 2-3 minutos em posição canguru (SAEIDI, 2011; CHERMONT et al., 2003).

Em relação ao ambiente, cinco alunos (3,2%) do curso citaram que mudança de ambiente pode causar estresse para o RN, fato que demonstra que os estudantes tem pelo menos um conhecimento sobre a influência do ambiente no desenvolvimento do neonato. A adequação do ambiente é essencial para o conforto do RN, essa falta de conforto gera estresse, alteração comportamental e fisiológica. O RN não está adaptado à locais com muita luminosidade, pois a sua visão foi a última a se desenvolver durante a gestação (FARIAS et al., 2011). No ambiente hospitalar, a UTIN expõe os RNPTs a luzes brilhantes, elevados

níveis de ruído e frequentes intervenções nocivas que podem exercer efeitos deletérios no cérebro imaturo e alterar o seu desenvolvimento posterior (ALS et al., 2002).

A exposição ao estresse acumulado nas unidades neonatais pode acarretar, a longo prazo, a mudanças biocomportamentais na aprendizagem e no comportamento das crianças (GRUNAU et al., 2005). Klein, Gaspardo e Linhares (2011) acrescentam que a exposição dos RN pré-termos a inúmeras experiências dolorosas e repetidas na UTIN pode exercer um impacto negativo no desenvolvimento e aumentar a vulnerabilidade dos bebês, dificultando os processos autorregulatórios.

A contenção foi outra medida não farmacológica citada por cinco alunos (3,2%). A contenção facilitada consiste na restrição dos braços e pernas do RN, mantendo-os em uma posição fletida em linha média, próximo ao tronco. Para a efetividade desta intervenção é necessário cerca de dez minutos para que o RN adquira o senso de estar seguro, iniciando-se três minutos antes do procedimento doloroso, e durante três minutos após o mesmo. São necessárias duas pessoas para realizar esta intervenção, sendo que uma delas irá conter o bebê e a outra fazer o procedimento. Uma opção é que a mãe ou outro membro da família contenha o bebê e uma enfermeira realize o procedimento (CIGNACCO et al., 2010).

Destacamos a importância da implementação das intervenções maternas, tal como a AM, LM, posição canguru e contenção facilitada, com o objetivo de oferecer uma assistência mais integral e humanizada, pois inclui a participação ativa da mãe e família na prevenção e redução da dor aguda do RN (CASTRAL et al., 2008; RIBEIRO, 2012; SCOCHI et al., 2006).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente com o avanço tecnológico aumentaram as quantidades de procedimentos dolorosos e invasivos, o que torna imprescindível o reconhecimento, avaliação e implementação da dor no RN, o enfermeiro tem o dever de contribuir para melhorar a assistência ao RN submetido a dor.

Esse estudo possibilitou perceber que os 31,8% dos alunos souberam reconhecer a dor no RN, é uma porcentagem pouca e concentrada principalmente nos últimos períodos do curso, sabendo que todos os alunos a partir do 7º períodos da graduação já passaram por disciplinas obrigatórias em pediatria que abordaram na ementa dor em neonatos para conclusão do curso, era esperado que esses alunos tivessem um desempenho melhor.

Ao analisar os dados colhidos possibilitou observar que em vários quesitos pontuados como estratégias de reconhecimento e avaliação da dor no RN, como alterações fisiológicas e comportamentais os alunos tiveram um déficit de conhecimentos.

Das alterações comportamentais mais citadas pelos alunos foi o choro porém não pode como dito durante o estudo não é um parâmetro que pode ser utilizado sozinho. Ao avaliar as mímicas faciais os alunos sabem que o RN faz movimentos expressivos faciais quando submetidos à dor, porém não sabem especificar os tipos de mímicas faciais o mesmo acontece com a movimentação dos membros. As escalas de dor foram citadas apenas por 22% dos alunos uma porcentagem bem abaixo do esperado, pois foi pouco citada até por alunos dos últimos períodos do curso.

No que diz respeito a medidas farmacológicas e não farmacológicas foi evidente que há falta de conhecimentos dos alunos participantes da pesquisa sobre fármacos considerados apropriados para o alívio da dor, as situações na qual são necessárias implementações farmacológicas (segundo prescrição médica), indicações farmacológicas, o mesmo acontece com as intervenções não farmacológicas para alívio da dor, houve poucos alunos que afirmaram conhecer alguma intervenção não farmacológica.

O presente estudo apresentou uma limitação como: devido a não se tratar de um estudo longitudinal, não foi possível o acompanhamento do aluno ao longo da sua formação acadêmica.

A pesquisa aponta como sugestão a oferta de um curso relacionado a dor no RN para os alunos do curso de enfermagem ou que a disciplina destinada a saúde da criança dê uma abordagem maior para a temática, mostrando para os alunos como se identifica a dor, as alterações que podemos perceber no recém-nascido submetido a dor, a utilização de instrumentos como as escalas de dor e o tratamento e no estágio supervisionado realizado na área da pediatria os alunos possam colocar em prática, reconhecendo a dor, instrumentos de avaliação como a aplicando escalas de dor apropriadas e propor intervenções frente a dor.

7. REFERÊNCIAS

7. REFERÊNCIAS

- ALS, H. **Program Guide- newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP): an education and training program for health care professionals**. Rev. ed. Boston, Mass: Children's Medical Center Corporatio; 2002
- ANAND, K. J. S; CRAIG, K. D. New perspectives on definition of pain. **The New England Journal of Medicine**. Boston:v.67, p. 3-6. 1996.
- ANAND, K. J. S.; PHIL, D., M. B. B. S. Pain and its effects in the human neonates and fetus. **The New England Journal of Medicine**. Boston: v. 317, p. 1321-1329. 1987.
- ANAND, K. J. S. et al. Summary proceeding from the neonatal pain-contol group. **Pediatrics**, Sprongfield, v.117, n. 3, p. 9-22. 2006.
- BALDA, R. C. X; GUINSBURG,R. Conforto analgesia no período neonatal. In: AGUIAR, C.R.et al. **O recém-nascido de muito baixo peso**. 2, ed. São Paulo: Atheneu, n. 9, p. 97-117. 2010.
- BIRAN, V. et al. Analgesic effects of EMLA cream and oral sucrose during venipuncture in preterm infants. **Pediatrics**. Springfield, France: v. 128, n. 1, p. 63-70. Jul. 2011.
- BLASS, E. M.; WATT, L. B. Suckling-and sucrose-induced analgesia in human newborns. **Pain**, Amsterdam: v. 83, n. 3, p. 611-623. 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- BRASIL. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde. 1996.
- BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção a Saúde do recém-nascido: guia para profissionais de saúde**. Brasília, DF: v. 2, p. 33-45. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança, nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, DF: n. 23. 2009.
- BUENO, M. **Leite materno ordenhado e glicose 25% no alívio da dor em recém-nascidos pré-termo tardio submetidos à lancetagem de calcâneo: ensaio clínico randomizado de não inferioridade**. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- CABRAL, D. M. **Mensuração do cortisol salivar de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva**. Dissertação (mestrado em saúde coletiva)- Universidade de Fortaleza: p.44, 2011.

CAPELLINI, V. K. **Exposição, avaliação e manejo da dor aguda do recém-nascido em unidades neonatais de um hospital estadual**. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - SP, p.134 . 2012.

CARBAJAL, R. et al. Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. **JAMA**. Chicago: v.. 300, n. 1, p. 60-70. July 2008.

CASTRAL, T. C. et al. Maternal non-pharmacological interventions for neonatal pain relief: What do we need to transform them into action? In: GRECO, PAOLO S.; CONTI, FRANCESCO M. (Org.). **Pain management: new research**. New York: Nova Science Publishers Inc, v. 1, p. 231-245. 2008a

CASTRAL T. C. et al. Variação da concentração do cortisol salivar do prematuro em resposta à punção de calcâneo para o teste de triagem neonatal em posição canguru materna. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** São Paulo: v.11, n.1, p. 17-24. 2011.

CHERMONT A. G. et al. Skin-to-skin contact and/or oral 25% dextrose for procedural pain relief for term newborn infants. **Pediatrics**. United Station: v.124, n.6, p. 1101-7. 2009.

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

CHIDAMBARAM, A. G. et al. Effect of Kangaroo mother care in reducing pain due to heel prick among preterm neonates: a crossover trial. **The journal of Maternal-fetal & Neonatal Medicine**. India: p.3. Jul. 2013.

CIGNACCO E. et al. Facilitated tucking as a non-pharmacological intervention for neonatal pain relief: is it clinically feasible? **Acta Pediatr**. Basel: v. 99, n. 12, p. 1763-5. 2010.

CONDE A. A.; BELIZÁN J.M.; DIAZ R. J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants (Review). **Cochrane Database Syst Rev**. v. 16, n.3, CD002771. USA: Mar. 2011 .

CRESCÊNCIO, E. P; ZANELATO, S.; LEVENTHAL L.C. Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. **Rev. Eletrônica de enfermagem**. São Paulo: v. 11, n. 1, p. 64-69. 2009.

DEBILLON T, et al. Development and initial validation of the EDIN scale, a new tool for assessing prolonged pain in preterm infants. **Arch Dis Child Fetal Neonatal**, n. 85, p.36-41. 2001.

FARIAS, L. M. et al. Cuidado de enfermagem no alívio da dor no recém-nascido: revisão integrativa. **Rev. Rene**. Fortaleza: v.12, n. 4, p. 866-74. Out/dez 2011.

FEIJÓ, E. J. et al. Dor no recém-nascido: revisão sistemática da literatura. 2013. Disponível em:<<http://www.vestibularead.universo.edu.br/index.php?journal=1reta2&page=article&op=viewFile&path%5B%5D=852&path%5B%5D=651>>. Acesso em: 18 de outubro de 2013.

- FERNANDES, S.; ARRIAGA, P. Considerações gerais e sobre a definição e avaliação da dor na pediatria. **In-Mind-Português**, Lisboa: v. 1, p. 30-38. 2010.
- FITZGERALD, M. The development of nociceptive circuits. *Nature Reviews Neuroscience*, London: v. 6, p. 507-520. 2005.
- GAÍVA, M. A. M. Dor no recém-nascido: prática e conhecimentos atuais. **Newborn pain: current practice and knowledge**, Paraná: v. 37, p.155-165. 2001.
- GASPARDO, C. M. **Alívio da dor em neonatos pré-termo: avaliação da eficácia do uso contínuo da sacarose**. Tese (doutorado)- Faculdade de Medicina Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto- SP: p. 248. 2010.
- GUINSBURG, R.; CUENCA, M.C. **A linguagem da dor no recém-nascido**. Documento Científico do Departamento de Neonatologia Sociedade Brasileira de Pediatria, 2010.
- GUINSBURG, R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. **Jornal de Pediatria**. São Paulo: v.75, n.3. 1999.
- GRUNAU,R.V.E.; CRAING,K.D. Pain Expression in neonates: action and cry. **Pain**, Amsterdam,v.28,p.305-410,1987.
- GRUNAU,R.V. E. Long-term consequences of pain in human neonates. In Anand KJS, Stevens B.J, McGrath P.J(Eds). Pain in Neonates. 2nd ed. **Pain Research and Clinical Management**, vol. 10. Amsterdam: Elsevier, 2000.
- GRUNAU, R. E. et al. Neonatal procedural pain exposure predicts lower cortisol and behavioral reactivity in preterm infants in the NICU. **Pain**, Amsterdam: v. 113, n. 3, p. 293-300. 2005.
- GRUNAU, R. E.; CRAIG, K. D. **Neonatal facial coding system revised**: training manual. Vancouver: Early Human Experience Unit, 2010.
- GUIRRE, UNCETA-BARRENECHE A., SAITUA I. G., SAINZ R. A. I., RIVEIRA F. D. Analgesia when taking heel-lance blood in the newborn. **An Pediatr (Barc)**. v. 69, n. 6, p. 544-7. 2008.
- HARRINGTON, J. W. et al. Effective analgesia using physical interventions for infant immunizations. **Paediatrics**, Springfield. United Station: v. 129, n. 5, p. 815-822. April.2012.
- HOLSTI L.; OBERLANDER T. F; BRANT R. Does breastfeeding reduce acute procedural pain in preterm infants in the neonatal intensive care unit? A randomized clinical trial. **Pain**. Canadá: v. 152, n. 11, p. 2575-81.2011.
- JAIN, S.; KUMAR, P; M.C. MILLAN. Prior leg massage decreases pain responses to heel stick in preterm babies. **Journal of Pediatrics and Child Health**. Canada: p. 505–508. 2006.

KLEIN, V. V.; GASPARD, C. M.; LINHARES, M. B. Dor, autorregulação e temperamento em recém-nascidos pré-termo de alto risco. **Psicol. Reflex. Crit.** Porto Alegre: v. 24, n. 3, p. 504-512. 2011.

KRAYCHETE, D. C.; WANDERLEY, S.B.C. Dor na Criança, avaliação e terapêutica. **Cristália, produtos químicos farmacêuticos.** Bahia: v.2, p. 1-15. 2003.

KRECHEL, S. W.; BILDNER, J. CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score. Initial testing of validity and reliability. **Pediatr Anaesth.** n.1, p. 53-61, 1995.

LAWRENCE, J. et al. The development of a tool to assess neonatal pain. **Neonatal Netw.** San Francisco: v. 12, n. 6, p. 59-66. 1993.

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

LAGO, P. et al. Guidelines for procedural pain in the newborn. **Acta Paediatr,** v.98, n.6, p.932-9,2009.

LIAN, J. J. et al. Nonnutritive sucking and oral sucrose relieve neonatal pain during intramuscular injection of hepatitis vaccine. **J. Pain Symptom Manage.** New York: v. 42, n. 6, p. 918-930. 2011

MEDEIROS, M. D.; MADEIRA, L. M. Prevenção e tratamento da dor no recém-nascido em terapia intensiva neonatal. **Revista Mineira de Enfermagem,** Belo Horizonte: v.10, p. 118-124. 2006.

MOORES, E. R. et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). **Cochrane Database Syst. Rev.** USA: n. 16, p. 1-112, CD003519. May. 2012.

NICOLAU, C. M. et al. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro: parâmetros fisiológicos versus comportamentais. **Arquivos Brasileiros de Ciência da Saúde.** São Paulo: v.33, n.3, p.146- 150. 2008.

NOBREGA, 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.

NUNES, J. M. **Resposta neuroendócrina e metabólica ao stress.** Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:jLgE4Ir49koJ:www.huc.minsau.de.pt/anestesiologia/docs/rms.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 18 de outubro de 2013.

OLIVEIRA, R. M. et al. Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. **Pesquisa-Research-Investigation**. Fortaleza: v.15, p. 277-283. 2011.

PHILLIPS, R. M., CHANTRY, C. J., GALLAGHER, M. P. Analgesic effects of breast-feeding or pacifier use with maternal holding in term infants. **Ambul. Pediatr.** v.5,n.6, p. 359-364. 2005;

PRESTES, A. C. et al. Frequência do emprego de analgésicos em unidades de terapia intensiva neonatal universitárias. **Jornal de Paediatrica**, Rio de Janeiro: v. 81, n. 5, p. 405-410, set./out. 2005.

RIBEIRO, Laiane Medeiros. **O leite humano e a sacarose 25% no alívio da dor em prematuros submetidos ao exame de fundo de olho: ensaio clínico randomizado.** 2012. Tese (Doutorado em Ciências)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

RIVAS, A.; RIVAS, E.; BUSTOS, L. Validación de escala de valoración del dolor em recién nacidos em uma unidad de neonatologia. **Ciencia y Enfermeria**. Chile: n.2, p. 93-99. 2012.

RODRIGUES, E.C. et al.. “Perdeu a veia” significado da terapia intravenosa na unidade de terapia intensiva neonatal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: v. 17, p. 989-999. 2012.

SANTOS, L. M. et al. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em unidade de terapia intensiva. **REBEn**. Brasília: v.65, n.1, p. 27-33. Jan- Fev. 2012.

SAEIDI R. Use of "kangaroo care" to alleviate the intensity of vaccination pain in newborns. **Iran J Pediatr**. Iran: v.21, n.1, p. 99-102. April 2011.

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

SERPA, A. B. M. Multidimensional pain assessment of preterm newborns at the 1st, 3st, and 7st days of life. **Med J.** São Paulo: v.125, n.1, p. 29-33. 2007.

SILVA, A. P. M.; BALDA, R.C; GUINSBURG, R. Reconhecimento da dor no recém-nascido por alunos de medicina, residentes de pediatria e neonatologia. **Revista Dor**, São Paulo: v. 13, n. 1, p. 35-44. Jan./mar. 2012.

SILVA, A. C. T. O. **Efeito da amamentação e do contato pele-a-pele no alívio da dor de recém-nascido a termo durante a administração da vacina contra Hepatite B.** 2011. Dissertação (Mestrado em enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2011.

SILVA, P. S.; SILVA, L. J. Escalas de avaliação da dor utilizadas no recém-nascido, revisão sistemática. **Acta Med. Port.** Lisboa: v.23, p. 437-454. 2010.

SILVA, Y. P. et al. Avaliação da dor neonatal. **Rev. Bras. Anesthesiol.** MG, Belo Horizonte: v.57, n.5, p. 565- 574. Set./Out.2007.

SIMONSE, E.; MULDER, P. G.; VAN BEEK, R. H. Analgesic effect of breast milk versus sucrose for analgesia during heel lance in late preterm infants. **Pediatrics**, Springfield, v. 129, n. 4, p. 657-663.2012.

SIMONS, S. H.; TIBBOEL, D. Pain perception development and maturation. **Semin Fetal Neonat Med.** Amsterdam: v.11, n. 4, p.227-31. 2006.

SHAH, P. S.; ALIWALAS, L. L; SHAH, V. S. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates (review). **Cochrane Database Syst Rev.** (12):CD004950. 2006.

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

STEVENS, B. J. et al. Epidemiology and management of painful procedures in children in Canadian hospitals. **CMAJ: Canadian Medical Association Journal**, Ottawa: v.. 183, n. 7, p. E403-E410. Apr. 2011.

STEVENS, B; YAMADA, J; OHLSSON A. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures (Review Cochrane) In: **The Cochrane Library**, Issue: v. 31, n. 1. Jan. 2007.

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

SUN, X. et al. Pain management during eye examinations for retinopathy of prematurity in preterm infants: a systematic review. **Acta Paediatr.**, Oslo: v. 99, n. 3, p. 329-334. 2010.

TADDIO, A. et al. Beta-endorphin concentration after administration of sucrose in preterm infants. **Arch. Paediatr. Adolesc. Med.** Chicago: v. 157, n. 11, p. 1071-1074. 2003.

TADIO, A. et al. Influence of repeated painful procedures and sucrose analgesia on the development of hyperalgesia in newborn infants. **Pain**. Canadá: V. 144, n. 1 p.43-48. Jul. 2009.

TSAO, J. C. et al. A Review of CAM for Procedural Pain in Infancy: Part I. Sucrose and Non-nutritive Sucking. **Evid Based Complement Alternat Med**. v.5, n. 4, p.371-81. 2008.

VERONEZ, M.; CORRÊA, D. A. M. A dor e o recém-nascido de risco: percepção dos profissionais de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**. Paraná: v. 15, p. 263-270. 2010.

WARNOCK F. et al. Brief report: maternal kangaroo care for neonatal pain relief: a systematic narrative review. **J. Paediatr. Psychol.** Canadá: v. 35, n. 9, p.975-984. Oct. 2010.

APÊNDICE A

Instrumento coleta de dados adaptado do estudo de Capellini (2012)

1. DADOS PESSOAIS:

- 1.1** Identificação (iniciais): _____ **1.2** Sexo: F () M ()
1.3 Idade: _____ **1.4** Estado civil: _____ **1.5** Ano da graduação: _____

2. DADOS RELATIVOS À DOR

2.1 Em sua opinião o recém-nascido (RN) sente dor?

() Sim () Não

2.2 Você já leu ou estudou sobre a avaliação da dor do RN internado em unidades neonatais?

() Sim () Não

2.3 Com que frequência você já escutou sobre avaliação a dor do RN internado em unidades neonatais? (escolha apenas 1 alternativa)

() Raramente () Frequentemente () Sempre

2.4 Como você avaliaria a dor do RN internado em unidades neonatais? (escolha uma ou mais alternativas)

() Escala(s) de dor. Qual(is)? _____

() Mímica facial. Características: _____

() Choro

() Movimentação. Características: _____

() Parâmetro(s) fisiológico(s). Qual(is)? _____

() Não tem importância

2.5 Você acha importante tratar a dor do RN internado em unidades neonatais?

() sim () não

2.6 Porque você acha importante tratar a dor do RN? (escolha uma ou mais alternativas)

() Melhora o prognóstico

☐ Diminui o sofrimento

☐ Diminui o estresse

☐ Não vejo no que o tratamento da dor pode afetar o RN

2.7 Você usaria medicações para a dor no RN internado em unidades neonatais?

☐ sim ☐ não ☐ não sei

2.8 Qual(is) medicação(ções) você considera apropriada(s) para alívio da dor aguda no neonato? (escolha uma ou mais alternativas)

☐ Alfentanil

☐ Meperidina

☐ Não sei. Outras medicações que você conhece e não foram citadas.

☐ Citrato de Fentanil

☐ Midazolam

☐ Cloridrato de Cetamina

☐ Morfina

☐ Diazepam

☐ Paracetamol

☐ Dipirona

☐ Pentobarbital

☐ Fenobarbital

☐ Sufentanil

☐ Hidrato de Cloral

☐ Tramadol

☐ Lorazepam

☐ Tiopental

2.9 Em que situação(ções) você administraria analgesia (mediante prescrição médica)? Marque X em uma ou mais situações.

☐ Intubação traqueal eletiva

☐ Aspiração traqueal

☐ Passagem de sonda gástrica ou enteral

☐ Inserção de cateter umbilical

☐ Passagem de cateter central de inserção periférica-PICC

☐ Flebotomia

☐ Punção arterial

☐ Punção venosa

☐ Punção de calcâneo

() Injeção intramuscular ou subcutânea

() Punção lombar

() Drenagem de tórax

() Exame de fundo de olho

() Pós-operatório

() Outros

2.10 Você conhece alguma medida não farmacológica para alívio da dor em neonatos?

() Não (fim do questionário) () Sim. Qual(ais): _____

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Caro colega você está sendo convidado(a) a participar do projeto “Reconhecimento da dor no recém-nascido em alunos do curso de enfermagem da faculdade de Ceilândia-Df”.

O objetivo desta pesquisa é analisar o conhecimento dos alunos de enfermagem sobre a dor neonatal. Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através de um questionário com onze questões. Estas questões falam sobre dados da sua formação acadêmica e relativos à temática da dor neonatal. Para isso, precisaremos nos encontrar uma vez para conversar, em local e horário que for melhor para você com um tempo estimado de 30 minutos. Informamos que você pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição da Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição. Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dr(a). Laiane Medeiros Ribeiro, na Faculdade de Ceilândia (UnB) no telefone: (61) 3107-8418, no horário das 8:00 as 18:00.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: RECONHECIMENTO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO POR ALUNOS DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, FACULDADE DE CEILÂNDIA- DF

Pesquisador: Laiane Medeiros Ribeiro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14803913.1.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia - FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 305.290

Data da Relatoria: 16/05/2013

Apresentação do Projeto:

Ver parecer anterior

Objetivo da Pesquisa:

Ver parecer anterior

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Ver parecer anterior

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ver parecer anterior

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Ver parecer anterior

Recomendações:

Ver parecer anterior

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências foram cumpridas adequadamente.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

Fax: (61)3307-3799

E-mail: cepfs@unb.br



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 305.290

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 14 de Junho de 2013

Assinador por:
Natan Monsores de Sá
(Coordenador)