



Universidade Atlântica

Licenciatura em Enfermagem



DOR DO RECÉM-NASCIDO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS



Elaborado por:

Inês Reis (200891982)

Joana Cardoso (200891973)

Orientadora:

Professora Maria João Santos

Barcarena, 16 de Dezembro de 2011



Universidade Atlântica

Licenciatura em Enfermagem

DOR DO RECÉM-NASCIDO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

- MONOGRAFIA -

Finalidade: Obter o grau de licenciatura em enfermagem.

Elaborado por:

Inês Reis (200891982)

Joana Cardoso (200891973)

Orientadora:

Professora Maria João Santos

Barcarena, 16 de Dezembro de 2011

Os autores são os únicos responsáveis pelas ideias expressas neste relatório.

Agradecimentos

À Professora Maria João Santos que contribuiu decisivamente para a nossa formação académica, profissional e pessoal.

A todos os enfermeiros que participaram no estudo pela disponibilidade, carinho e compreensão que sempre mostraram ao longo do nosso trabalho.

À Enfermeira Helena Nascimento pela disponibilidade do questionário utilizado neste trabalho.

À nossa família, pelo carinho, apoio e paciência durante a fase de realização deste estudo.

Um agradecimento especial a M^a Matilde Beirão Reis, Mário Beirão Reis, Dina Ferreira Cardoso e António Miguel Galvão por nos proporcionarem a concretização de um sonho, pelo apoio e paciência durante esta fase.

A todos os nossos amigos pela dedicação e por terem acreditado em nós.

Às nossas colegas de turma, Catarina Henriques, Sofia Pereira, Teresa Farias e Teresa Paquete pelo incentivo e confiança depositada em nós para a finalização deste trabalho, mas sobretudo pela amizade.

Resumo

Os recém-nascidos (RN) internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), são expostos a múltiplos procedimentos médicos e/ou de enfermagem considerados dolorosos ou potencialmente dolorosos. Com a exposição precoce a eventos dolorosos repetidos, os RN podem ficar condicionados à dor, sentir intensidades de dor mais elevadas durante eventos dolorosos futuros, estarem predispostos a estados de dor persistentes e crónicas e podem ficar com sequelas neurocomportamentais e de desenvolvimento. Por este motivo é importante na prática da enfermagem a avaliação, gestão e controlo adequado da dor. Apesar dos diversos avanços sobre a problemática da dor e dos recursos terapêuticos disponíveis, observa-se uma divergência entre o conhecimento teórico e a prática na avaliação da dor na maioria dos serviços de neonatologia. Os profissionais de saúde não parecem estar preparados para aliviar a dor e o sofrimento.

Como questões de investigação foram definidas: Que percepções apresentam os enfermeiros sobre a dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos?; Quais as escalas utilizadas pelos enfermeiros para a avaliação da dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos?; Que intervenções não farmacológicas utilizam os enfermeiros no controlo/tratamento da dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos?; Quais os procedimentos em que os enfermeiros utilizam intervenções farmacológicas e não farmacológicas no controlo/tratamento da dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos?; Que factores podem influenciar a utilização de intervenções não farmacológicas no controlo/tratamento da dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos?; Que obstáculos podem influenciar no correcto diagnóstico e tratamento da dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos?

Os objectivos deste estudo são averiguar quais as percepções dos enfermeiros sobre a dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos; indicar que escalas são utilizadas pelos enfermeiros para a avaliação da dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos; identificar quais as intervenções não farmacológicas utilizadas

pelos enfermeiros no controlo/tratamento da dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos; descrever quais os procedimentos em que os enfermeiros utilizam intervenções farmacológicas e não farmacológicas no controlo/tratamento da dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos; reconhecer os factores que podem influenciar a utilização de intervenções não farmacológicas no controlo/tratamento da dor no recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos; e definir os obstáculos que podem influenciar no correcto diagnóstico e tratamento da dor no recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos.

É um estudo de abordagem quantitativa do tipo descritivo simples., em que foram incluídos 45 enfermeiros que cuidam de recém-nascidos nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais de 4 Hospitais de Lisboa. Como instrumento de recolha de dados utilizamos um questionário constituído por duas partes, a primeira de forma a obter-se dados para a caracterização da amostra e a segunda parte dirige-se a questões relacionadas com a temática em estudo.

Dentro das concepções dos enfermeiros sobre a dor no RN, constatou-se que a maioria dos enfermeiros reconhece que o RN tem capacidade de sentir dor, que a dor é passível de ser previsível e que é fácil reconhecer e avaliar as situações dolorosas no RN. Verificou-se, na maioria, o uso frequente de intervenções não farmacológicas e farmacológicas no controlo da dor no RN e o uso concomitante das intervenções farmacológicas e não farmacológicas, mais de metade dos enfermeiros expressa o reconhecimento da acção potenciadora da eficácia analgésica, quando usados em simultâneo.

Palavras-chave: recém-nascido; unidade de cuidados intensivos neonatais; dor; intervenções não farmacológicas; enfermeiros.

Abstract

The newborns admitted in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) are exposed to various medical and/or nursing procedures that are considered painful or potentially painful. With the early exposure to repeated painful events, the newborns can become conditioned to pain, feel higher pain intensity during future painful events, become predisposed to persistent and chronic pain states and suffer neurobehavioural and development sequels. For this reason it is important in the nursing practice the adequate pain evaluation, management and control. Despite several advances in the pain problematic and the therapeutic resources available, there is a discrepancy between the theoretical knowledge and the pain evaluation in the practice of most of the neonatology departments. The health professionals don't seem to be prepared to relieve pain and suffering.

As research questions, the following were defined: What are the perceptions of the nurses of the neonatal pain in a NICU?; What scales are used by the nurses in the evaluation of the neonatal pain in a NICU?; What non-pharmacologic interventions use the nurses in the control/treatment of the neonatal pain in a NICU?; What are the procedures where the nurses use pharmacologic and non-pharmacologic interventions in the control/treatment of the neonatal pain in the NICU?; What factors can influence the use of non-pharmacologic interventions in the control/treatment of the neonatal pain in the NICU? What obstacles can influence the correct diagnosis and treatment of the neonatal pain in the NICU?

The objectives of this study are to investigate the nurses perceptions on newborn's pain in an Intensive Care Unit; to indicate the scales that are used by the nurses for the pain evaluation of the newborn in an Intensive Care Unit; to identify which non-pharmacologic interventions are used by the nurses for the pain control/treatment in the newborn in an Intensive Care Unit; to describe the procedures where the nurses use pharmacologic and non-pharmacologic interventions for the pain control/treatment of the newborn in an Intensive Care Unit; to recognize the factors that can influence the use of non-pharmacologic interventions for the pain control/treatment in the newborn in

an Intensive Care Unit; and to define the obstacles that can influence the correct diagnosis and treatment of the newborn's pain in an Intensive Care Unit.

This is a study with a quantitative approach, of the simple descriptive type, in which were included 45 nurses that care for newborns in an Intensive Care Unit of 4 Hospitals in Lisbon. As data collection instrument we use a questionnaire comprised of two parts, the first one in order to obtain data for the sample characterization and the second one related to the aim of this study.

In relation to the nurses concepts on the newborn's pain, it was verified that most of the nurses recognize that the newborns have the ability to feel pain, that pain can be predicted and that it is easy to recognize and evaluate painful situations in the newborn. It was verified, in the majority, the frequent use of non-pharmacologic and pharmacologic interventions in the control of the newborn's pain and regarding the concomitant use of both pharmacologic and non-pharmacologic interventions, more than half of the nurses recognize the enhancing effect of the analgesic efficacy when both used simultaneously.

Keywords: newborn, NICU; pain; non-pharmacologic interventions; nurses.

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract.....	vi
Índice	viii
Índice de figuras.....	xi
Índice de tabelas.....	xii
Lista de abreviaturas e siglas	xiv
Introdução	1
1. Revisão da literatura.....	5
1.1. Conceito de dor	5
1.1.1. Fisiologia da dor	6
1.1.2. Teoria do portão.....	7
1.1.3. Dor aguda e dor crónica.....	8
1.2. Dor no recém-nascido	9
1.2.1. Impacto e potenciais efeitos a curto e a longo prazo da dor no recém-nascido	11
1.3. Avaliação da dor no recém-nascido	13
1.3.1. Indicadores comportamentais	14
1.3.2. Indicadores fisiológicos	15
1.3.3. Instrumentos de avaliação	15
1.4. Intervenção na dor	17
1.4.1. Intervenção farmacológica	19
1.4.2. Intervenção não farmacológica	19
1.4.2.1. Mudança de decúbito	20

1.4.2.2. Sucção não nutritiva	20
1.4.2.3. Soluções açucaradas	21
1.4.2.4. Toque terapêutico.....	23
1.4.2.5. Massagem	24
1.4.2.6. Newborn Individualized Developmental Care Assessment Program (NIDCAP)	24
1.4.2.7. Método canguru	25
1.4.2.8. Musicoterapia	26
1.4.2.9. Manipulação mínima	27
1.4.2.10. Uso de ninhos	27
2. Decisões metodológicas	29
2.1. Paradigma e tipo de estudo.....	29
2.2. População, processo de amostragem e amostra.....	30
2.3. Variáveis.....	31
2.4. Instrumento de recolha de dados	32
2.4.1. Questionário.....	32
2.5. Considerações éticas.....	33
2.5.1. Princípio da beneficência.....	33
2.5.2. Princípio do respeito pela dignidade humana.....	33
2.5.3.1. Consentimento informado (livre e esclarecido).....	34
2.5.3. Princípio da justiça	35
3. Apresentação e discussão dos dados	37
3.1. Caracterização da amostra.....	37
3.2. Concepções dos enfermeiros sobre a dor no RN.....	44
3.3. Práticas de enfermagem no controlo da dor	47

3.3.1. Protocolos de intervenção.....	47
3.3.2. Parâmetros utilizados na avaliação da dor no RN	49
3.3.3. Percepções dos enfermeiros sobre as intervenções não farmacológicas utilizadas no controlo da dor no RN	55
3.3.4. Intervenções usadas nos procedimentos passíveis de causarem dor	62
3.3.5. Obstáculos ao diagnóstico e tratamento da dor no RN.....	67
Conclusão.....	71
Limitações e implicações.....	73
Bibliografia	75
Anexos	80
Anexo 1. Escalas exclusivas para recém-nascidos.....	81
Anexo 2. Questionário “A dor no recém-nascido numa UCI: percepções e práticas de enfermagem”	85
Anexo 3. Autorização para aplicação do questionário.....	94
Anexo 4. Autorização para aplicação do questionário no Hospital Santa Maria	96
Anexo 5. Autorização para aplicação do questionário no Hospital CUF	
Descobertas	98
Anexo 6. Autorização para aplicação do questionário no Hospital de Cascais	100
Anexo 7. Autorização para aplicação do questionário no Hospital Doutor Prof. Fernando Fonseca	102
Apêndices.....	104
Apêndice 1. Consentimento informado.....	105
Apêndice 2. Carta explicativa do estudo.....	107
Apêndice 3. Carta de autorização para a realização do estudo	110
Apêndice 4. Quadro de análise de conteúdo	113

Índice de figuras

Figura 1 - Histograma das frequências para a variável idade.	38
Figura 2 - Representação da utilização dos parâmetros comportamentais na avaliação da dor	51
Figura 3 - Representação da utilização dos parâmetros fisiológicos na avaliação da dor	52
Figura 4 - Representação do melhor parâmetro para avaliar a dor no RN	54
Figura 5 - Representação das intervenções não farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros	58
Figura 6 - Representação dos factores que influenciam a utilização de intervenções não farmacológicas	59
Figura 7 - Representação das intervenções não farmacológicas utilizadas antes dos procedimentos passíveis de causarem dor	65
Figura 8 - Representação das intervenções farmacológicas utilizadas antes dos procedimentos passíveis de causarem dor	67

Índice de tabelas

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo a idade.	38
Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo o género.	39
Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo a categoria profissional.	39
Tabela 4 - Caracterização da amostra segundo a experiência profissional.	41
Tabela 5 - Caracterização da amostra segundo a experiência em pediatria.	41
Tabela 6 - Distribuição da frequência dos procedimentos relevantes no controlo da dor no RN por ordem de prioridade.	43
Tabela 7 - Distribuição da frequência das concepções dos enfermeiros sobre a dor no RN.	44
Tabela 8 – Distribuição da frequência dos protocolos de intervenção.	48
Tabela 9 - Distribuição da frequência de utilização dos parâmetros comportamentais na avaliação da dor.	50
Tabela 10 - Distribuição da frequência de utilização dos parâmetros fisiológicos na avaliação da dor.	52
Tabela 11 - Distribuição da frequência de utilização de escalas na avaliação da dor. ...	53
Tabela 12 - Distribuição da frequência das escalas mais utilizadas na avaliação da dor.	53
Tabela 13 - Distribuição da frequência do melhor parâmetro para avaliar a dor no RN.	54
Tabela 14 - Distribuição da frequência da dificuldade em interpretar os meios de avaliação da dor.	55

Tabela 15 - Distribuição da frequência das intervenções não farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros.....	57
Tabela 16 - Distribuição dos factores que influenciam a utilização de intervenções não farmacológicas.....	59
Tabela 17 - Distribuição da frequência da primeira intervenção utilizada no controlo/tratamento da dor no RN.....	60
Tabela 18 - Distribuição da frequência da avaliação da eficácia das estratégias no controlo da dor.....	60
Tabela 19 - Distribuição da frequência sobre a utilização das intervenções não farmacológicas usadas concomitantemente com as farmacológicas.....	61
Tabela 20 - Unidade de contexto e categoria da análise de conteúdo.....	62
Tabela 21 - Distribuição da frequência das intervenções não farmacológicas utilizadas antes dos procedimentos passíveis de causarem dor.....	64
Tabela 22 - Distribuição da frequência das intervenções farmacológicas utilizadas antes dos procedimentos passíveis de causarem dor.....	66
Tabela 23 - Distribuição da frequência do maior obstáculo para um correcto diagnóstico de dor no RN numa UCI.....	68
Tabela 24 - Distribuição da frequência do maior obstáculo ao tratamento adequado da dor no RN numa UCI.....	70

Lista de abreviaturas e siglas

BIIP - Behavioral Indicators of Infant Pain

BPSN - Bernese Pain Scale for Neonates

CRIES - Crying Requires increased oxygen administration, Increased vital signs, Expression, Sleeplessness

DAN (APN) - Douleur Aigue du Nouveau-né (Acute Pain in Newborns)

DSVNI - Distress Scale for Ventilated Newborn Infants

EDIN - Echelle Douleur Inconfort Nouveau-né

FLACC- Face, Legs, Activity, Cry, Consolability scale

g - Gramas

IBCS - The Infant Body Coding System

IVH - Hemorragia Intraventricular Precoce

LIDS - Liverpool Infant Distress Scale

NICO - Neonatal Intensive Care Unit

NIDCAP - Newborn Individualized Developmental Care Assessment Program

NIPS -Neonatal Infant Pain Scale

NNICUPAT - Nepean Neonatal Intensive Care Unit Pain Assessment Tool

N-PASS - Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale

PAIN - Pain Assessment in Neonates

PAT - Pain Assessment Tool

PIPP - Premature Infant Pain Profile

PVL - Leucomalácia Periventricular

RN - Recém-Nascidos

SPSS - Statistical Package for the Social Science

SUN - Scale for Use in Newborns

UCIN - Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais

Introdução

No âmbito do plano de estudos do 8º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica/Escola Superior de Saúde Atlântica, foi proposto a elaboração de uma monografia orientada pela Professora Maria João Santos com a finalidade de realizar um trabalho de investigação para desenvolvimento de competências na área da investigação.

A temática a ser abordada é: “Dor do Recém-Nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos”. A escolha deste tema recaiu no facto de a dor ser um conceito complexo e apesar dos recursos disponíveis, é uma área de pouco investimento ao nível da prática dos enfermeiros especialmente na área da neonatologia, em conjunto com a inexistência de protocolos de avaliação e tratamento da dor, provocando uma limitação na sua identificação e gestão.

Os recém-nascidos (RN) internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), são expostos a múltiplos procedimentos médicos e/ou de enfermagem considerados dolorosos ou potencialmente dolorosos (Batalha, 2010a).

A falta de sensibilização e formação, a incapacidade em conceptualizar e quantificar a dor, a insuficiente avaliação, a pouca investigação de campo realizada em Portugal, e muitas das vezes a ineficaz organização dos serviços de saúde, são obstáculos identificados que impedem um eficaz controlo da dor (Batalha, 2010b).

De forma a contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade ao RN com dor e dada a relevância da equipa de enfermagem na avaliação, gestão e controlo da dor, surgiu assim a necessidade de compreendermos os procedimentos e obstáculos que contribuem para a avaliação da dor no RN numa UCIN, de forma a reconhecermos a melhor forma de prestar cuidados de enfermagem de qualidade.

A gestão da dor relacionada com procedimentos invasivos é uma responsabilidade chave dos enfermeiros que cuidam dos RN hospitalizados. No entanto, estudos realizados em vários ambientes clínicos demonstraram consistentemente que os enfermeiros subestimam e submedicam a dor em crianças (Latimer *et al.*, 2009).

No estudo realizado por Veronez e Corrêa, (2010), foi identificada uma enorme vulnerabilidade nos conhecimentos dos profissionais de enfermagem que actuam nas UCIN no que se refere à dor e analgesia do RN, essencial na compreensão da necessidade de identificar e tratar este fenómeno tão complexo, embora identifiquem e utilizem algumas estratégias (intervenções farmacológicas e não farmacológicas) para o seu controlo. Contudo os resultados revelaram que alguns participantes responderam que não utilizam medidas preventivas, o que demonstra não haver um protocolo a ser seguido para o alívio da dor, cada enfermeiro avalia subjectivamente.

A avaliação da dor no período neonatal baseia-se em modificações de parâmetros fisiológicos ou comportamentais, observados antes ou depois de um estímulo doloroso (Crescêncio, Zanelato e Levanthal, 2009).

O problema da dor e dos recursos terapêuticos disponíveis, observa-se uma divergência entre o conhecimento teórico e a prática na avaliação da dor na maioria dos serviços de neonatologia. Os profissionais de saúde não parecem estar preparados para aliviar a dor e o sofrimento.

Como questões de investigação foram definidas:

- Que percepções apresentam os enfermeiros sobre a dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos?
- Quais as escalas utilizadas pelos enfermeiros para a avaliação da dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos?
- Que intervenções não farmacológicas utilizam os enfermeiros no controlo/tratamento da dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos?
- Quais os procedimentos em que os enfermeiros utilizam intervenções farmacológicas e não farmacológicas no controlo/tratamento da dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos?
- Que factores podem influenciar a utilização de intervenções não farmacológicas no controlo/tratamento da dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos?

- Que obstáculos podem influenciar no correcto diagnóstico e tratamento da dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos?

Assim, face às questões de investigação formuladas, foram definidos como objectivos:

- Averiguar quais as percepções dos enfermeiros sobre a dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos;
- Indicar que escalas são utilizadas pelos enfermeiros para a avaliação da dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos;
- Identificar quais as intervenções não farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros no controlo/tratamento da dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos;
- Descrever quais os procedimentos em que os enfermeiros utilizam intervenções farmacológicas e não farmacológicas no controlo/tratamento da dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos;
- Reconhecer os factores que podem influenciar a utilização de intervenções não farmacológicas no controlo/tratamento da dor no recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos;
- Definir os obstáculos que podem influenciar no correcto diagnóstico e tratamento da dor no recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos.

Após a delineação das questões de investigação e dos objectivos foi efectuado o estudo de abordagem quantitativa do tipo descritivo simples.

A população para este estudo são os enfermeiros do Hospital Santa Maria, Hospital de Cascais, Hospital Doutor Prof. Fernando Fonseca e Hospital Cuf Descobertas, sendo a amostra 45 participantes que acederam em participar. Este trabalho está organizado em fase conceptual, fase metodológica e fase empírica.

Para a realização deste trabalho de investigação recorreu-se a várias fontes bibliográficas primárias e secundárias, sendo estes livros, artigos de enfermagem, internet e estudos de investigação na área da dor e recém-nascidos.

Para a estrutura do estudo baseamo-nos nas indicações do Guião para trabalhos escritos de finalização de licenciatura da Universidade Atlântica e quando está omissa no livro “Teses, Relatório e Trabalhos Escolares” de Mário Azevedo.

Tendo em conta a informação recolhida, o trabalho encontra-se organizado nos seguintes capítulos:

- Introdução para a apresentação do objectivo deste trabalho;
- Revisão da literatura, no qual é feita uma abordagem sobre a temática e a sua importância, permitindo fundamentar o trabalho elaborado;
- Decisões metodológicas, com a definição de paradigma e tipo de estudo, população alvo, tipo de amostra, processo de amostragem, instrumento de recolha de dados e considerações éticas a respeitar.
- Apresentação e discussão dos dados;
- Conclusão onde são delineadas as ideias principais;
- Limitações e linhas de orientação para a realização de estudos futuros.

1. Revisão da literatura

Para desenvolver um trabalho de investigação é necessário realizar uma pesquisa sobre os trabalhos anteriormente realizados, revistas e livros científicos relacionados com a temática em estudo.

Dada a problemática que se pretende estudar, serão abordados de seguida alguns conceitos relacionados com a dor e recém-nascido.

"Numa unidade de cuidados intensivos onde um bebé de risco pode precisar de estar horas, dias ou semanas, é necessário que ele descubra aí e aí tenha a oportunidade de reconhecer um sentido de pertença, um sentido de confiança que ajude e transforme o instinto de sobrevivência em sensação de que vale a pena viver ..."

Professor Doutor Gomes-Pedro

1.1. Conceito de dor

A dor é um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do indivíduo. O sistema nociceptivo é constituído por estruturas nervosas que têm como função principal a detecção de estímulos lesivos ou potencialmente lesivos, desencadeando as respostas reflexas e/ou cognitivas destinadas a evitar o aparecimento de lesões, ou a prevenir o seu agravamento e a contribuir para a sua cura (Direcção-Geral de Saúde, 2008).

O conceito de dor hoje mundialmente usado afirma que a dor é uma desagradável experiência sensorial e emocional associada a uma real ou possível lesão tecidual como é descrito pela *International Association for Study of Pain*. Este conceito avança na direcção de admitir que a dor é uma experiência única e individual, modificada pelo conhecimento prévio de um dano que pode ser existente ou presumido (Direcção-Geral de Saúde, 2008; Bouza, 2009).

Nos últimos anos, a dor tem sido contextualizada como uma experiência individual subjectiva e multidimensional. Factores fisiológicos, sensoriais, afectivos, cognitivos,

comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjectividade (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2002), a dor é um tipo de sensação com características específicas, tais como, aumento da percepção sensorial de partes do corpo habitualmente acompanhada por experiência subjectiva de sofrimento intenso, com expressão fácil característica, olhos baços e apagados, olhar sofrido, movimento facial fixo ou disperso, esgares, choro, entre outros.

1.1.1. Fisiologia da dor

A dor depende não só da natureza dos estímulos mas também da programação dos mecanismos de percepção da dor e da sua interpretação cerebral. Não existe apenas uma via no Sistema Nervoso que seja responsável pela percepção da dor (Tan, 2005).

O primeiro passo no caminho da dor é a percepção de um estímulo potencialmente lesivo aos tecidos, que activa os nociceptores. Os nociceptores são terminais indiferenciados de fibras A-delta, C e A-beta (Tan, 2005).

As fibras A-delta são aferentes primários mielinizados, de pequeno diâmetro. Podem estar localizadas nas articulações e músculos, mas encontram-se sobretudo na pele. São sensíveis a estímulos mecânicos de alta intensidade e a temperaturas nocivas e podem produzir uma dor aguda e localizada (Tan, 2005).

As fibras C têm um componente importante que são os nociceptores polimodais, que respondem à estimulação nóxica, de natureza térmica, mecânica e química. São fibras finas e minelizadas que se encontram na maioria dos tecidos do corpo e podem produzir uma dor difusa (Tan, 2005).

Os nociceptores A-beta são fibras grossas e mielinizadas que apresentam um baixo limiar a estímulos nóxicos e térmicos, mas um alto limiar a estímulos químicos. São inibitórios dos inputs de transmissão na substância gelatinosa (Tan, 2005).

Quanto mais fina a fibra, mais lenta é a condução. As fibras delgadas são as menos sensitivas a estímulos eléctricos. Isto pode fazer parte do mecanismo em que se baseia a

estimulação nervosa eléctrica transcutânea, por meio da activação dos circuitos inibitórios na medula. A activação das fibras grossas pode inibir a transmissão central de mensagens provenientes dos nociceptores aferentes de pequeno diâmetro, resultando assim na diminuição da dor (Tan, 2005).

As fibras delgadas são mais sensíveis a anestésicos locais, de modo que podem ser realizados bloqueios anestésicos diferenciais. As fibras simpáticas são bloqueadas antes das nociceptivas, as nociceptivas antes das mecanorreceptivas leves e antes dos nervos motores (Tan, 2005).

O corno dorsal é o ponto de entrada, na medula, dos aferentes sensoriais, cujos neurónios residem no gânglio do corno dorsal. As fibras mais delgadas colocam-se mais externamente, na raiz, enquanto as fibras mielinizadas localizam-se mais internamente. Quando existe uma secção no corno dorsal, para o controlo da dor, procura-se seccionar, preferencialmente, a parte externa da raiz, destruindo assim os nociceptores e conservando as fibras que conduzem a uma sensibilidade táctil leve (Tan, 2005).

1.1.2. Teoria do Portão

Melzack e Wall (1987), propuseram a teoria do portão (“gate control”) em 1965. Esta teoria deu um contributo importante no entendimento das fases de transdução, transmissão, modulação e percepção, no processo da dor.

A teoria do portão defende que a melhoria da actividade nos grandes neurónios aferentes primitivos, não-nociceptivos (A-beta), como a produzida por algumas técnicas manuais ou estimulação nervosa eléctrica transcutânea, pode reduzir as mensagens de dor transportadas pelos pequenos neurónios nociceptivos (A-delta e C) até às células na substância gelatinosa. Em resultado disso, fica inibida a ulterior transmissão da mensagem de dor. No entanto, se os impulsos de dor atingirem um nível crítico, sem serem bloqueados, eles serão transmitidos a neurónios de segunda classe na substância gelatinosa. Os impulsos de dor, daí, serão transmitidos por vias nociceptivas, que sobem dos neurónios de segunda classe até ao tálamo e ao córtex cerebral. Estes feixes ascendentes transmitem dados sensório-discriminativos sobre a qualidade e a

intensidade da dor, contribuem para a dimensão motivação-afecto do significado da dor, e activam sistemas inibitórios descendentes. A transmissão da dor pode ser bloqueada por inibição descendente que envolve neurotransmissores como a encefalina, a serotonina e a noradrenalina (Melzack e Wall, 1987).

Os impulsos, enviados ao pedúnculo cerebral, centro das acções de motivação-afecto e do tipo sensório-discriminativo, podem influenciar a cognição ou a avaliação do córtex. Os impulsos são então enviados, daqui, de regresso à substância gelatinosa através de vias corticospinais, para inibir, ou permitir, a passagem de impulsos de dor (Melzack e Wall, 1987).

1.1.3. Dor aguda e dor crónica

A dor é multidimensional e altamente variável. É uma experiência pessoal subjectiva, que pode ser influenciada por factores como o significado da situação que é única para cada pessoa (Tan, 2005).

A tolerância á dor varia entre os vários indivíduos que experimentam o mesmo estímulo nocivo. As reacções à dor são influenciadas pela interpretação, por parte dos indivíduos, da dor e do que ela significa para eles (Tan, 2005).

Os tipos de dor mais comuns que se observam são a dor aguda e a dor crónica.

A dor aguda é, essencialmente um episódio transitório e informa o indivíduo de que algo está mal. O início é, em regra, súbito, a pessoa apercebe-se da causa e as áreas dolorosas são bem identificadas (Tan, 2005; Potter e Perry, 2006).

Geralmente a dor aguda é acompanhada por um aumento da tensão muscular e da ansiedade, podendo as duas contribuir para uma maior percepção da dor. Se a dor for moderada ou violenta, sinais óbvios, de carácter fisiológico e comportamental, facilitam a avaliação da dor (Tan, 2005; Potter e Perry, 2006).

A dor crónica é prolongada, varia de intensidade e geralmente dura mais tempo do que o esperado e previsto (Potter e Perry, 2006).

Segundo alguns autores, a coordenação do tratamento da dor crónica deve basear-se essencialmente numa interligação multidisciplinar, com essencial atenção para os aspectos psicológicos, ocupacionais e de reabilitação (Tan, 2005).

1.2. Dor no recém-nascido

A dor não apresenta limites de idade, não tem preferência por género e é uma experiência universal, ocorrendo sempre que se verifica uma agressão, seja ela, física, química, mecânica ou psíquica. Nos dias de hoje, ainda se verificam obstáculos para o efectivo tratamento da dor em pediatria, ou seja, existem diversos mitos de que os RN e lactentes não sentem dor da mesma forma que os adultos (Veronez e Corrêa, 2010).

Contudo, não existem dúvidas relativamente à capacidade neurológica das crianças em percepcionar a dor ao nascimento, incluindo os prematuros. Os três principais eixos da dor (periféricos e centrais) encontram-se presentes e funcionais desde a 24^a semana de gestação, ou seja, as estruturas periféricas e centrais necessárias à percepção da dor estão presentes e funcionais nos pré-termos já ao nascimento (Rocha *et al.*, 2004; Gasparido, Linhares e Martinez, 2005; Amaral, 2008; Batalha, 2010b; Marcatto, Tavares e Silva, 2011).

O período neonatal é o período que se inicia na data de nascimento e termina após 28 dias completos de idade pós-natal. É subdividido em precoce (primeiros sete dias completos ou 168 horas completas) e tardio (após o sétimo dia ou 168 horas completas, até 28 dias completos ou 672 horas) (Amaral, 2008).

É definido RN pré-termo todo aquele cujo parto se verifica antes das 37 semanas de gestação completas (menos de 259 dias) contadas a partir do 1^o dia da última menstruação. A idade de gestação pode ser calculada a partir da data do primeiro dia da última menstruação (método que comporta a probabilidade de erro de, mais ou menos, 1 a 2 semanas), por ecografia fetal (método que comporta probabilidade de erro de, mais ou menos, 3 a 6 dias) e por métodos clínicos estruturados do exame físico do próprio RN os quais integram um conjunto de parâmetros morfológicos e neurológicos (Amaral, 2008).

A noção de RN pré-termo engloba um grupo heterogéneo, quer no que respeita à variabilidade do peso (inferior a 1000 gramas ou baixo peso extremo, inferior a 1500g ou muito baixo peso, inferior a 2500g ou baixo peso), da idade gestacional (21/22 a 28 semanas ou prematuridade extrema, e 28 a 37 semanas ou prematuridade “não extrema” e da relação peso/idade gestacional que traduz o comportamento do crescimento intra-uterino (Amaral, 2008).

O RN de termo é o RN com idade gestacional compreendida entre 37 semanas e 41 semanas e 6 dias (256-293 dias) (Amaral, 2008).

Alguns estudos revelam mesmo que as crianças, principalmente os RN mesmo quando prematuros, podem percepcionar a dor com mais intensidade do que os adultos, uma vez que apresentam um desequilíbrio qualitativo e quantitativo entre o sistema nociceptivo e antinociceptivo o que faz com que a transmissão e a percepção da dor seja aumentada e potenciada (Gaspardo, Linhares e Martinez, 2005; Batalha, 2010b).

Sabe-se que os RN hospitalizados são submetidos a uma média de 10 a 14 procedimentos dolorosos por dia, sendo reportado que durante as duas primeiras semanas de vida podem ser tantas quanto 53 procedimentos e que possam chegar a mais de 100 até ao momento da alta hospitalar. Exposição precoce a eventos dolorosos repetidos pode alterar o processamento e percepção da dor a nível da espinal e supra-espinal. Além disso crianças expostas a procedimentos dolorosos repetidos, no período inicial da vida, podem ficar condicionadas à dor, sentir intensidades de dor mais elevadas durante eventos dolorosos futuros e estarem predispostas a estados de dor persistentes e crónicas (Yamada *et al.*, 2008; Marcatto, Tavares e Silva, 2011).

O RN, particularmente o que está internado numa UCIN está sujeito a múltiplas e repetidas agressões, tais como, ruídos, exposição à luz brilhante e outros eventos aparentemente inócuos nos cuidados de enfermagem usuais no RN, que podem contribuir para o neonato sentir dor. Alguns dos procedimentos dolorosos normalmente realizados a neonatos na UCIN, incluem punção no calcanhar, punção venosa, inserção de catéter venoso ou arterial, colocação de tubo torácico, entubação ou aspiração traqueal, punção lombar e injeções subcutâneas ou intramusculares. Outras fontes de

dor podem incluir áreas de inflamação e hiperalgesia à volta de lesão tecidual prévia, dor pós-cirúrgica, infecção ou inflamação localizada e queimaduras ou abrasões cutâneas causadas por sondas transcutâneas, condutores de monitorização ou agentes tópicos (Rocha *et al.*, 2004; Anand *et al.*, 2005; American Academy Of Pediatrics, 2006; Amaral, 2008; Bouza, 2009).

Embora a dor sirva como aviso à existência de uma agressão, e este é o seu aspecto positivo, os efeitos da dor são sempre nefastos para o RN do ponto de vista do comportamento, metabolismo e fisiologia (Rocha *et al.*, 2004; Bouza, 2009).

As experiências precoces e repetidas de dor no período neonatal parecem exercer influência sobre as experiências posteriores de dor, quer no que respeita à sensibilidade dolorosa, quer no que respeita à forma de lidar com o stress (Direcção-Geral de Saúde, 2010).

Alguns estudos que analisaram as consequências a curto e a longo prazo das experiências dolorosas no período neonatal, verificaram que os estímulos nocivos repetidos aplicados em diferentes partes do corpo como acontece nas UCIN (por exemplo, os RN expostos a puncionamentos repetidos), os procedimentos não dolorosos podem ser compreendidos como dor pelo RN desencadeando respostas fisiológicas de stress, uma generalização da hipersensibilidade à dor e importantes mudanças comportamentais na idade pré-escolar, tais como, irritabilidade, diminuição da atenção, alterações do sono, entre outros. Estas mudanças sugerem a presença de memória para a dor no RN e que a dor não tratada altera o curso normal do desenvolvimento (Yamada *et al.*, 2008; Batalha, 2010b).

1.2.1. Impacto e potenciais efeitos a curto e longo prazo da dor no recém-nascido

As influências nocivas podem ser por episódios e relacionadas com procedimentos específicos ou pode ser de natureza mais crónica. Estudos laboratoriais e clínicos sistemáticos da dor neonatal demonstraram que os neonatos exibem uma sensibilidade fisiológica aumentada à dor; os neonatos de pré-termo desenvolvem hiperalgesia

prolongada após um estímulo doloroso agudo, levando à dor crónica; existe a possibilidade de que as respostas fisiológicas agudas aos estímulos dolorosos possam causar ou prolongar a hemorragia intraventricular precoce (IVH) ou isquémia levando a leucomalácia periventricular (PVL) e existem associações possíveis entre as sequelas neurocomportamentais e de desenvolvimento resultantes do parto prematuro e a exposição a experiências dolorosas repetidas durante a permanência numa UCIN (Amaral, 2008; Bouza, 2009).

Os estímulos dolorosos em neonatos geram efeitos a curto e longo prazo. Os efeitos a curto prazo consistem em respostas fisiológicas (aumento da frequência cardíaca e respiratória, diminuição da saturação de oxigénio, aumento da pressão intracraniana, entre outros) e respostas comportamentais (testa franzida, os olhos fechados com força, afundamento do sulco nasolabial, choro, entre outros) (Codipietro, Ceccarelli, Ponzzone, 2008).

Mesmo em neonatos de pré-termo que não desenvolvem IVH ou PVL e que foram avaliados como neurologicamente intactos na infância, podem apresentar comportamento fora do vulgar como resultado da sua exposição à dor repetida. Neonatos de pré-termo nascidos às 28 semanas e expostos a cuidados na UCIN rotineiros durante 4 semanas (32 semanas pós-concepção) foram comparados com neonatos que nasceram às 32 semanas de gestação. Ambos os grupos foram avaliados durante o procedimento punção do calcanhar. Os neonatos de pré-termo que tiveram a experiência de 4 semanas na UCIN manifestaram respostas comportamentais diminuídas e respostas cardiovasculares aumentadas à dor devido a punção do calcanhar em comparação com os neonatos nascidos com 32 semanas. Estas respostas estavam fortemente correlacionadas com o número de procedimentos invasivos a que foram submetidos desde o parto, em oposição a outros factores clínicos tal como idade, índice de Apgar, peso à nascença, gravidade da doença ou peso na 32^a semana pós-concepção. Estes dados sugerem que a dor e stress repetidos podem alterar os substratos neurológicos associados com a dor, levando a respostas neurocomportamentais alteradas devido à dor subsequente em neonatos de pré-termo (Bouza, 2009).

Apesar dos efeitos a longo prazo serem menos fáceis de provar, alguns estudos em crianças do sexo masculino circuncidadas mostraram que a experiência de dor precoce em recém-nascidos pode alterar a resposta à dor posteriormente na infância (Codipietro, Ceccarelli, Ponzzone, 2008).

Existe uma crescente preocupação que as consequências de dor repetida em neonatos vulneráveis possa também incluir incapacidades emocionais, comportamentais e de aprendizagem (American Academy Of Pediatrics, 2006).

1.3. Avaliação da dor no recém-nascido

A avaliação da dor fundamenta as intervenções dos profissionais de saúde no seu controlo. Uma dor não identificada não pode ser tratada e a sua não quantificação impede uma avaliação das necessidades de intervenção ou da eficácia dos tratamentos (Batalha, 2010b).

O facto de se conhecer o efeito a longo prazo das experiências precoces repetidas de dor em RN vulneráveis, tais como diminuição do limiar de dor e hiperalgesia, levou a um avanço considerável nos estudos, visando estabelecer indicadores de dor neonatal, validação de instrumentos para a avaliação da dor e mensuração de respostas de dor em RN pré-termo e termo (Gaspardo, Linhares e Martinez, 2005).

Os RN não podem utilizar linguagem para relatar desconforto e são insuficientes para escapar às lesões tecidulares. Existem alguns profissionais de saúde que utilizam para identificar a dor nos RN alguns indicadores comportamentais de dor (por exemplo, chorar, expressão facial, expressão corporal, entre outros) e indicadores fisiológicos de dor (por exemplo, alterações na frequência cardíaca, frequência respiratória, tensão arterial, saturação periférica, sudorese palmar, entre outros) (American Academy Of Pediatrics, 2006; Amaral, 2008; Bouza, 2009; Batalha, 2010b; Marcatto, Tavares e Silva, 2011).

1.3.1. Indicadores comportamentais

O choro é o método principal de comunicação nos RN e também é provocado por outros estímulos que não a dor. O choro do RN como um indicador de dor é largamente reconhecido. É geralmente sensível a eventos dolorosos, mas não acompanha invariavelmente eventos prováveis de serem compreendidos pelo RN como dolorosos. Foi realizado um estudo com o fim de examinar o impacto da gravidade da doença em neonatos no choro em sequência de punção no calcanhar e foi descoberto que os RN gravemente doentes apresentavam uma frequência fundamentalmente mais elevada, uma duração de choro mais curta e uma maior latência para chorar. Assim, um choro curto e calmo de um RN gravemente doente pode representar uma magnitude substancial de dor comparado com um RN de termo, saudável, capaz de um choro longo e forte (Bouza, 2009).

Uma expressão facial distinta é associada com prazer, dor, tristeza e surpresa em bebês. Caretas resultantes de lesão tecidual ou dor relacionada com doença, também parecem ser sensíveis e proporciona mais informação específica para a dor durante o choro. Isto deve-se à capacidade da cara de exibir uma diversidade extraordinária de padrões, reflectindo variados estados subjectivos. Os procedimentos invasivos provocam uma configuração única de expressão facial, tanto em RN de pré-termo como de termo. A expressão facial na dor é caracterizada pela testa franzida, os olhos fechados com força, afundamento do sulco nasolabial, lábios esticados verticalmente e horizontalmente, e língua em concha (Bouza, 2009).

O afastamento reflexivo é a reacção comportamental mais simples à lesão tecidual e também foi observada em espécies não humanas. Padrões globais de membros agitados, mãos fechadas, pescoço arqueado dobrado para trás e movimento para a posição fetal caracteriza a reacção de bebês mais novos, enquanto o afastamento mais específico aparece quando o bebê cresce, indicando uma apreciação localizada da lesão tecidual. Além disso, os neonatos prematuros (inferior a 30 semanas) têm limiares mais baixos para uma resposta do músculo flexor e sensibilização aumentada após estímulos repetidos (Bouza, 2009).

1.3.2. Indicadores fisiológicos

O stress fisiológico associado a procedimentos invasivos é reflectido no aumento da frequência cardíaca, pressão arterial, pressão intracraniana, frequência respiratória e na diminuição da saturação de oxigénio arterial (Bouza, 2009).

Até o RN mais prematuro tem a capacidade de desenvolver estas alterações em resposta a eventos dolorosos ou desconfortantes, reflectindo estimulação generalizada do sistema nervoso central e, em particular, activação do sistema nervoso simpático. Alterações no volume sanguíneo intracraniano e fluxo sanguíneo cerebral resultam de alterações da pressão intratorácica e movimentos respiratórios associados à dor aguda (Bouza, 2009).

Os procedimentos invasivos tais como aspiração traqueal, inserção de uma sonda alimentar e colheita de sangue por punção do calcânhar, pode ser associada a alterações marcadas no fluxo cerebral e no fornecimento de oxigénio. A entubação traqueal em neonatos de pré-termo e de termo causa uma diminuição significativa na pressão parcial transcutânea do oxigénio e juntamente com o aumento da pressão arterial e pressão intracranial. Estas alterações são abolidas em neonatos que são anestesiados (Bouza, 2009).

A sudorese palmar também foi validada como uma medição fisiológica do estado emocional em bebés de termo e foi feita a relação ao seu estado de excitação e actividade de choro. Foi observado que os neonatos submetidos a punção do calcânhar exibiam alterações substanciais na sudorese palmar (Bouza, 2009).

Foi também observado que procedimentos dolorosos em RN são seguidos de alterações do ciclo sono-acordar, vigília aumentada e irritabilidade (Bouza, 2009).

1.3.3. Instrumentos de avaliação

A avaliação da dor consiste em quantificar a sensação dolorosa através de instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis, tendo em atenção o tipo de dor, situação clínica e idade da criança (Direcção-Geral de Saúde, 2010).

Apesar de existirem instrumentos para as várias idades pediátricas e situações clínicas, não existe uma solução universalmente aceite, devendo ser feita de forma regular e sistemática a todas as crianças, desde o primeiro contacto: no caso da criança internada, a avaliação deve ser feita, pelo menos, uma vez em cada turno de trabalho (8 horas). O registo deve ser complementado no processo clínico com informação qualitativa de outros aspectos considerados úteis para interpretar a dor na criança, uma vez que a maioria destas escalas avalia a intensidade da dor (Direcção-Geral de Saúde, 2010).

Para que os profissionais de saúde de neonatologia possam actuar perante situações possivelmente dolorosas, é necessário dispor de instrumentos que “descodifiquem” a linguagem da dor (Crescêncio, Zanelato e Levanthal, 2009).

Uma escala ideal útil deve requerer um mínimo de recursos financeiros e preparação por quem a utiliza, ser fácil de aplicar e interpretar, consumir pouco tempo, permitir a quantificação da dor quer em intensidade quer em duração e ser comparável a outras. Deve ser adequada à idade do RN, ao contexto clínico e ao tipo de dor. O profissional de saúde pode ter dificuldade em escolher a mais adequada, perante a existência de uma série vasta e dispersa (anexo 1) (Silva e Silva, 2010).

Segundo a Direcção-Geral de Saúde (2010), de acordo com a idade, e por ordem de prioridade, recomenda a utilização dos seguintes instrumentos no caso dos RN: EDIN, NIPS, PIPP e N-PASS.

Foi reportado que a avaliação rotineira da dor leva a uma gestão da dor mais consistente. Algumas agências da saúde tais como a Academia Americana de Pediatria e a Sociedade Canadiana de Pediatria incluíram a avaliação da dor como sendo necessária para a gestão da mesma. Nos Estados Unidos e na Europa, o aumento do tratamento da dor em unidades de cuidados intensivos de neonatologia foi atribuído à implementação dessas directrizes (Latimer *et al.*, 2009).

Batalha (2010a), revelou no seu estudo que apesar de poucos enfermeiros usarem instrumentos padronizados (escalas) para avaliar a intensidade da dor, as semelhantes taxas verificadas entre a prevalência da dor e de tratamento parecem comprovar que os

enfermeiros reconhecem manifestações de dor no recém-nascido e tomam medidas para o seu controlo.

Independentemente de qual é a ferramenta usada, deve ser providenciado treino multidisciplinar contínuo da equipa para o reconhecimento da dor neonatal e para o uso da ferramenta de avaliação da dor escolhida. Apesar de nos últimos anos ter ocorrido um crescimento do interesse e investigação na avaliação da dor e stress nos neonatos, permanece uma necessidade de desenvolver uma ferramenta para determinar a dor em bebés paralisados farmacologicamente e gravemente comprometidos neurologicamente (American Academy Of Pediatrics, 2006).

1.4. Intervenção na dor

De acordo com a *International Association for the Study of Pain*, o alívio da dor deveria ser assumido como um dos direitos humanos fundamentais (Direcção-Geral de Saúde, 2008).

A prevenção da dor em neonatos é importante não apenas porque é uma questão ética, como também porque a exposição repetida à dor pode ter consequências deletérias (American Academy Of Pediatrics, 2006).

A formação dos profissionais de saúde e a criação de directrizes pediátricas da dor, padrões de acreditação e declarações de procedimentos têm sido desenvolvidos para avaliar e fazer a gestão da dor em crianças. Estas medidas têm vindo a facilitar a comunicação e consequentemente o planeamento dos cuidados (Yamada *et al.*, 2008; Batalha, 2010b).

Nos últimos anos, muitos avanços ocorreram na abordagem da dor no período neonatal, mas os procedimentos que causam dor leve a moderada ainda tendem a ser pouco valorizados na rotina das unidades e consequentemente, subtratados. Apesar de todos os avanços sobre a dor e dos recursos terapêuticos disponíveis, observa-se um distanciamento entre o conhecimento teórico e a prática na avaliação da dor na maioria dos serviços neonatais. Os profissionais de saúde não são preparados para aliviar a dor e

o sofrimento mas sim para curar (Crescêncio, Zanelato e Levanthal, 2009; Batalha, 2010^a; Marcatto, Tavares e Silva, 2011).

Alguns dos obstáculos identificados para uma intervenção adequada da dor passam pelo insuficiente conhecimento de alguns profissionais de saúde sobre a fisiopatologia da dor, efeitos deletérios, métodos de avaliação e meios de prevenção e tratamento; uma filosofia de cuidados que relega para segundo plano o tratamento da dor; o não reconhecimento da inutilidade do sofrimento; a não assunção, na perfeição, de princípios éticos e deontológicos que conduzem à melhoria da qualidade dos cuidados e a dificuldade em levar as equipas a adoptar novas políticas (Latimer *et al.*, 2009; Batalha, 2010^a; Morrow, Hidinger e Wilkinson-Faulk, 2010).

Embora exista uma vasta evidência que sustenta procedimentos para evitar a dor, seguros e eficazes, existem estudos cumulativos de que na prática são usados menos do que se deveria. Num estudo efectuado, descobriu-se que 45% dos procedimentos invasivos neonatais eram a punção no calcanhar para o qual era utilizado analgesia em apenas 4,9% das vezes. Em dois estudos mais recentes, parece não ter havido aumento apreciável das estratégias de gestão da dor. Alguns autores descreveram que os neonatos pré-termo são submetidos a uma média de 14 procedimentos por dia em que menos de 35% é dado analgesia. Descreveram ainda que em alguns casos, apenas 20% de crianças de alto-risco submetidas a procedimentos receberam cuidados para a dor apropriados (Latimer *et al.*, 2009).

A resistência a alterações tem sido citada como uma barreira potencial na implementação de protocolos não farmacológicos da dor. Num estudo realizado, foram questionados 102 enfermeiros de UCIN para determinar as barreiras à gestão da dor. Quase 40% dos enfermeiros questionados indicou que geralmente é difícil de iniciar uma mudança na sua unidade. A maioria deles declarou que os enfermeiros resistiam mais às alterações comparativamente com os médicos. Outras barreiras identificadas neste estudo incluíram a falta de conhecimentos relativamente às práticas não farmacológicas baseadas na evidência tanto entre enfermeiros como médicos (Morrow, Hidinger e Wilkinson-Faulk, 2010).

Várias estratégias terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas tem vindo a ser desenvolvidas e propostas para prevenir e minimizar a dor em recém-nascidos (Marcatto, Tavares e Silva, 2011).

1.4.1. Intervenção farmacológica

A intervenção farmacológica da dor em pediatria tem sofrido um grande desenvolvimento nos últimos anos, tendo os profissionais de saúde a prevenção da dor como finalidade terapêutica (Batalha, 2010b).

Devido ao facto de ser desconhecido as formas mais eficazes e seguras para prevenir a dor nos neonatos, é um grande desafio para os profissionais de saúde atingir um balanço apropriado entre o alívio da dor eficaz e evitar efeitos adversos sérios da medicação para a dor (American Academy Of Pediatrics, 2006).

No controlo da dor são usados fármacos não opióides, opióides, os adjuvantes e anestésicos locais. A farmacocinética e farmacodinâmica dos analgésicos variam em função do desenvolvimento da criança (Batalha, 2010b).

1.4.2. Intervenção não farmacológica

As intervenções não farmacológicas são uma abordagem profiláctica e complementar para reduzir a dor. Estas intervenções podem activar a atenção do RN, distraí-los da dor e, assim, modificar a dor (Cignacco, *et al.*, 2007).

Existem um conjunto de intervenções não farmacológicas para o alívio da dor em RN, tais como, manipulação mínima, mudança de decúbito, uso de ninhos, sucção não nutritiva, as soluções açucaradas, musicoterapia, estimulação olfactiva e multi-sensorial, a preconização da técnica do canguru, toque maternal e terapêutico, a massagem, amamentação e administração suplementar de leite materno. São medidas que promovem e proporcionam a organização e auto-regulação do recém-nascido, durante os comportamentos dolorosos a que está sujeito (Gaspardo, Linhares e Martinez, 2005; American Academy Of Pediatrics, 2006; Yamada *et al.*, 2008; Crescêncio, Zanelato e

Levanthal, 2009; Morrow, Hidinger e Wilkinson-Faulk, 2010; Marcatto, Tavares e Silva, 2011).

1.4.2.1. Mudança de decúbito

As alterações de posição são reconhecidas como úteis na promoção e conforto, por exemplo, a adopção da posição fetal nos prematuros parece ser reconfortante (Batalha, 2010b).

A mudança de decúbito é utilizada para o controlo da dor, com o objectivo de promover conforto e bem-estar. Esta acção é útil como método adjuvante em casos de dor moderada a intensa e em algumas situações pode ser usada isoladamente quando a dor é leve e quando a dor também advém da permanência prolongada numa mesma posição (Nascimento, 2010).

1.4.2.2. Sucção não nutritiva

Foi reportado a sucção não nutritiva como um analgésico valioso em procedimentos dolorosos agudos em neonatos em vários estudos (Morrow, Hidinger e Wilkinson-Faulk, 2010).

Bo e Callaghan (2000), citado por Morrow, Hidinger e Wilkinson-Faulk (2010), estudaram 27 neonatos pré-termo que foram submetidos a múltiplos procedimentos como punção do calcanhar. Cada bebé recebeu uma de quatro intervenções para o alívio da dor: Sucção não nutritiva, musicoterapia, sucção não nutritiva e musicoterapia combinado ou nenhuma intervenção durante o procedimento de punção do calcanhar subsequente. A sucção não nutritiva combinada com musicoterapia tinha o melhor efeito. No entanto, os bebés no grupo de sucção não nutritiva isoladamente demonstraram respostas à dor significativamente diminuídas comparativamente a nenhuma intervenção.

Carbajal, Chauvet, Couderc, e Olivier-Martin (1999), citado por Morrow, Hidinger e Wilkinson-Faulk (2010), estudaram 150 neonatos de termo que eram submetidos a punção venosa. Cada bebé foi atribuído aleatoriamente a um de 6 grupos: nenhum

tratamento ($n = 25$), placebo ($n = 25$), chucha ($n = 25$), 2 ml - 30% glucose ($n = 25$), 2 ml - 30% sacarose ($n = 25$) e 2 ml sacarose combinado numa chucha ($n = 25$). Os bebés no grupo da sucção não nutritiva isoladamente tiveram uma redução significativa na dor.

Im, Kim, Park, Sung, e Oh (2008), citado por Morrow, Hidinger e Wilkinson-Faulk (2010), estudaram 99 neonatos de termo comparando sucção não nutritiva ($n = 33$), toque materno ($n = 33$) e nenhuma intervenção ($n = 33$). Apesar dos bebés em ambos os grupos de sucção não nutritiva e toque materno apresentarem scores na escala de NIPS significativamente menores, a sucção não nutritiva provou ser mais benéfica no alívio da dor aguda em neonatos que comparativamente com o toque materno isoladamente.

1.4.2.3. Soluções açucaradas

Nos RN, incluindo os prematuros, a sacarose ou outros produtos doces como o leite reduzem a dor associada a procedimentos dolorosos, contudo não são suficientes para aliviar a dor moderada a intensa. Os estudos comprovam que a sacarose oral alivia a dor provocada por estímulos térmicos e mecânicos, por hiperalgesia inflamatória e alodinia (Batalha, 2010b).

Em muitas UCIN é utilizado o uso de sacarose como o padrão clínico para a gestão da dor relacionada com procedimentos que provoquem dor aguda. No Canadá 64% das UCNI têm protocolos para a administração de sacarose para a gestão de dor provocada por procedimentos; no entanto existe uma grande variabilidade entre as unidades nas diretrizes sobre as dosagens específicas (Holsti e Grunau, 2010).

É recomendada a dose de sacarose a 12-24% via oral, dois minutos antes do procedimento, na quantidade de 2ml para o RN e de 0,1-0,4 ml para o prematuro. A principal complicação para o uso de soluções açucaradas é a hiperglicémia, contudo a sacarose a 25-30% administrada na quantidade de 0,1-0,5ml parece ser segura em RN (Batalha, 2010b).

A administração de sacarose oral tem sido extensivamente estudada tanto em neonatos de pré-termo como de termo, e foi revelado como um meio eficaz de controlo da dor

aguda em bebés submetidos a punção do calcanhar (Morrow, Hidinger e Wilkinson-Faulk, 2010).

Greenberg (2002), citado por Morrow, Hidinger e Wilkinson-Faulk (2010), estudou 84 bebés de termo (com mais de 17 horas de idade) que foram submetidos ao procedimento rotineiro de punção do calcanhar. Estes bebés foram aleatorizados para 4 grupos: chucha humedecida com água, chucha coberta com açúcar, solução de sacarose oral e nenhuma intervenção. A sacarose oral demonstrou uma redução significativa nestes bebés; no entanto o grupo que recebeu chucha coberta com açúcar apresentou a menor dor.

Mathai, Natrajan, e Rajalakshmi (2006), citado por Morrow, Hidinger e Wilkinson-Faulk (2010), estudaram 104 neonatos de termo com 24 horas de vida que eram submetidos ao procedimento rotineiro de punção do calcanhar e atribuíram-nos aleatoriamente para receber uma de seis intervenções: leite materno ($n = 18$), sacarose ($n = 17$), água destilada ($n = 15$), sucção não nutritiva ($n = 18$), massagem ($n = 17$) e serem embalados ($n = 17$). Verificou-se que também neste estudo, os bebés que receberam sacarose oral e sucção não nutritiva tiveram uma redução significativa da dor.

Carbajal, *et al.* (1999), citado por Morrow, Hidinger e Wilkinson-Faulk (2010), reportaram que sacarose administrada isoladamente com uma seringa estéril, reduz a dor em bebés de termo submetidos a punção venosa comparativamente a placebo.

Uma série de estudos recentes revelaram que doses únicas de sacarose administradas oralmente reduzem o choro, expressões faciais, agitação e em alguns casos a frequência cardíaca em bebés de termo, de pré-termo e mais velhos durante procedimentos dolorosos (Morrow, Hidinger e Wilkinson-Faulk, 2010).

Tem-se verificado também que a administração de solução de glicose oral parece ser eficaz e segura no controlo da dor durante procedimentos que geram dor de intensidade leve a moderada nas UCIN e os efeitos adversos são raros. Os procedimentos descritos passam pela punção venosa e arterial, punção do calcanhar, punção lombar, instalação

de catéter percutâneo, dissecções venosas, injeções subcutâneas e intramusculares, remoção de adesivos e fitas da pele e remoção de drenos (Marcatto, Tavares e Silva, 2011).

A indicação da solução oral de glicose durante punções venosas é bem descrita e durante punções do calcanhar parece ser o método mais eficaz no controlo da dor especialmente quando associado à sucção não nutritiva, com resultados favoráveis na maior parte dos estudos (Marcatto, Tavares e Silva, 2011).

1.4.2.4. Toque terapêutico

A dor é influenciada por vários factores, que podem aumentar ou diminuir a percepção que o indivíduo tem da intensidade da dor, condicionar a sua tolerância à mesma e produzir um determinado grupo de respostas comportamentais (Pacheco, Viegas e Rosa, 2007).

Há dor quando as terminações nervosas (nociceptores) são estimuladas por factores e mecanismos térmicos ou químicos. No entanto o organismo tem mecanismos para diminuir a intensidade de dor, um deles é a produção de endorfina (Pacheco, Viegas e Rosa, 2007).

O termo endorfina é uma combinação de duas palavras: endógeno e morfina (morfina endógena). O alívio da dor consiste na libertação quer de endorfinas, quer encefalinas (outra substância semelhante à morfina). Estas substâncias encontram-se em grande quantidade no sistema nervoso central, e aliviam a dor pelo mesmo mecanismo da morfina e outros narcóticos (Pacheco, Viegas e Rosa, 2007).

Na prática clínica, ajudam a explicar porque as pessoas sentem diferentes tipos de dor quando sujeitas aos mesmos estímulos. Algumas técnicas, como o toque terapêutico, podem aliviar pelo menos parcialmente a dor uma vez que levam à produção de endorfinas (Pacheco, Viegas e Rosa, 2007).

Embora existam muitos estudos contraditórios, o toque terapêutico é utilizado há décadas por enfermeiros no Canadá, nomeadamente no alívio da dor, diminuição da ansiedade e promoção do relaxamento (Pacheco, Viegas e Rosa, 2007).

Noutros estudos realizados com RN entre as 23 e 32 semanas de gestação, foi utilizado o toque terapêutico durante a aspiração endotraqueal, verificando-se significativamente uma diminuição da dor (Cignacco, *et al.*, 2007).

Segundo Silva (2007), citado por Nascimento (2010), o toque pode não resultar no efeito desejado e provocar stress, devido à aprendizagem negativa relacionada com os repetidos toques invasivos durante o internamento. Numa fase aguda, principalmente na fase aguda da doença, o RN pode não tolerar o toque ou qualquer outro estímulo.

1.4.2.5. Massagem

A massagem neonatal pode ajudar os recém-nascidos a reduzir os níveis de stress e tem sido sugerido para melhorar o crescimento e desenvolvimento dos bebés prematuros (Kulkarni *et al.*, 2010).

Segundo Ferreira, Valério e Tibério (2004), citado por Nascimento (2010), a massagem é uma técnica simples que proporciona sensação de bem-estar e diminui a dor, pois produz aumento da produção de endorfinas. A utilização da massagem não deve ser considerada como um procedimento de rotina, mas sim como uma técnica holística.

A massagem também tem sido utilizada antes da punção do calcanhar para diminuir a dor (Kulkarni *et al.*, 2010).

1.4.2.6. Newborn Individualized Developmental Care Assessment Program

Newborn Individualized Developmental Care Assessment Program (NIDCAP) é um programa integrado desenvolvido por Als em 1984. É um conjunto de medidas simples de cuidados individualizados com o objectivo de diminuir o manuseamento inoportuno e estimular a participação dos pais nos cuidados (Amaral, 2008).

Os elementos chave do NIDCAP são a coordenação; avaliação; meio ambiente calmo e tranquilo; consistência no cuidar/cuidados colaborativos; agrupamento de cuidados/estruturar às 24 horas tentando preservar os períodos de sono; posicionamento adequado; oportunidade para contacto pele-a-pele; suporte individualizado sobretudo para a alimentação, higiene e conforto para a família (Amaral, 2008).

É uma abordagem comportamental individualizada para a prestação de cuidados assente na informação que o comportamento do RN fornece. Permite a elaboração de um plano de cuidados que melhora e fortalece as forças do RN e que o suporte em situações de sensibilidade e vulnerabilidade. O objectivo deste programa individualizado de cuidados centrado no desenvolvimento é melhorar a longo prazo as consequências da prematuridade na criança e família (Als, 2009).

Segundo Silva (2007), citado por Nascimento (2010), este modelo de cuidados não tem unicamente como objectivo proteger o RN de estímulos inapropriados e procedimentos desnecessários, mas também garantir que cada criança seja cuidada por pessoas que conheçam as suas formas de estabelecer contacto, as suas competências e dificuldades.

1.4.2.7. Método Canguru

O método canguru parece ser um analgésico eficaz nos procedimentos dolorosos nos bebés e é uma intervenção sempre pronta a ser usada, que é fácil de iniciar em qualquer unidade. O método canguru consiste em posicionar verticalmente o bebé sobre a pele nua do peito da mãe e a mesma envolve a sua roupa em redor do bebé (Kashaninia, Sajedi, Rahgozar, e Noghabi, 2008; Morrow, Hiding e Wilkinson-Faulk, 2010).

Kashaninia, Sajedi, Rahgozar, e Noghabi (2008), estudaram 100 respostas de dor de bebés de termo quando lhes era dada a injeção de vitamina K. Os bebés foram distribuídos aleatoriamente por dois grupos, 50 bebés receberam o método canguru durante 10 minutos, os outros 50 permaneceram numa sala sossegada e em silêncio durante o procedimento. Os scores da escala de NIPS encontravam-se significativamente reduzidos nos bebés que receberam método canguru.

Johnston *et al.* (2003), citado por Cignacco, *et al.* (2007), realizaram um estudo com 74 RN, com idade superior a 32 semanas de gestação, em que se confirmou que o método canguru produz uma redução da resposta à dor.

Gray, Watt, e Blass (2000), citado por Morrow, Hidinger e Wilkinson-Faulk (2010), estudaram 30 bebés de termo submetidos ao procedimento de rotina punção do calcanhar que foram aleatorizados para receber ou método canguru ou balançar durante o procedimento. O método canguru reduziu significativamente o choro em 82% e as expressões faciais em 65%.

1.4.2.8. Musicoterapia

A musicoterapia pode ser utilizada em crianças, adultos e idosos com diferentes problemas físicos, emocionais, intelectuais ou sociais. Pode também melhorar o bem-estar pessoal, desenvolver a criatividade, melhorar a aprendizagem, as relações interpessoais e para o alívio do stress (Neto, 2006).

O bebé é um ser ultra-sensível, capaz de ouvir, sentir, ver e ouvir. O bebé sente e inclusive consegue responder através da respiração, movimento da cabeça, tronco e olhos, gestos e nas suas expressões faciais. O facto de o bebé ouvir música traz benefícios a curto e longo prazo. A curto prazo, porque melhora a alimentação, diminuem o choro e dormem melhor. A longo prazo, porque a música estimula o cérebro para aumentar e melhorar as formas do pensamento (Neto, 2006).

Contudo, os bebés não respondem da mesma forma aos mesmos sons, cada um responde melhor ao estilo de música ao qual foi exposto durante a vida intra-uterina. Este factor depende dos gostos e cultura maternos: chamada a história sonoro-musical, como por exemplo, as músicas de embalar de diferentes origens e países (Neto, 2006).

Uma série de estudos examinaram os efeitos de diferentes formas de música, tais como música com sons intra-uterinos, música instrumental ou canto à capela. Independentemente do tipo de música foi verificado um efeito positivo sobre a resposta à dor, uma reversão mais rápida dos parâmetros fisiológicos para os valores iniciais (um

aumento da saturação de oxigénio) e uma redução do estado de excitação (Cignacco, *et al.*, 2007).

Bo e Callaghan (2000), citado por Cignacco, *et al.* (2007), relatam que num estudo realizado com RN (com 30 a 41 semanas de gestação) apresentaram diminuição da resposta à dor quando a música foi combinada com sucção não nutritiva. Contudo não conseguiram identificar efeitos da música instrumental ou à capela na frequência cardíaca em RN com menos de 31 semanas de gestação, apenas se confirmou em RN com idade superior. Os autores referem ainda que a musicoterapia não deve ser utilizada por mais de 15 minutos devido ao risco de promover uma sobrecarga sensorial.

1.4.2.9. Manipulação mínima

Um manuseamento e toque em excesso dos neonatos provoca desconforto e estimulação excessiva. Além disso, após o nascimento, o RN é confrontado repentinamente com um meio ambiente que é completamente diferente, a exposição dos neonatos ao ambiente da UCIN, como o ruído constante, luzes brilhantes e muitos procedimentos diferentes, pode por si só, causar dor e ter um impacto negativo no neonato. Por esse motivo, o ambiente na UCIN deve promover o crescimento e desenvolvimento dos neonatos ao proporcionar o ambiente que vá de encontro às necessidades fisiológicas e neurocomportamentais. Isto é alcançado através da redução dos ruídos, da luz e da minimização dos manuseamentos. Por outro lado isto promove a capacidade do neonato lidar com a dor (Hebabi, 2010).

1.4.2.10. Uso de ninhos

Segundo Silva (2007), citado por Nascimento (2010), os ninhos baseiam-se na técnica da contenção facilitada que usa a delicada contenção dos braços e pernas em flexão, posicionados em linha média, próximos do tronco e da face, em decúbito lateral, proporcionando uma contenção firme mas elástica.

A contenção é uma medida que favorece a auto-organização e sugere um prolongamento do ambiente intra-uterino, a partir de uma organização postural e da

sensação de segurança. É um método de conforto efectivo, no qual se atenuam respostas psicológicas e comportamentais de dor em RN (Falcão e Silva, 2008).

Alguns estudos realizados revelaram que o uso da contenção em RN prematuros de 25 a 32 semanas de idade gestacional, durante o procedimento de punção do calcanhar, promove mais rapidamente a regularização da frequência cardíaca, menor tempo de desorganização e interrupção do sono. Também foi observado uma significativa redução do *score* do PIPP, durante procedimentos de cuidados (Nascimento, 2010).

2. Decisões metodológicas

“A pesquisa é a investigação sistemática que usa métodos para responder às questões ou resolver os problemas” (Polit, Beck e Hungler, 2004, p. 20).

A fase metodológica incorpora aspectos importantes do estudo, como:

- Paradigma e tipo de estudo;
- Variáveis de investigação;
- População, processo de amostragem e amostra;
- Instrumento de recolha de dados;
- Considerações éticas;
- Previsão e análise de dados (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Esta linha de orientação serve para a execução do estudo a fim de se ser objectivo, reduzindo possíveis desvios impelidos pelo decurso do estudo (Polit, Beck e Hungler, 2004).

A fase metodológica “consiste em definir os meios de realizar a investigação. É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas as questões de investigação ... a natureza do desenho varia segundo o objectivo do estudo que consiste em descrever um fenómeno ou em explorar ou verificar associações entre variáveis ou diferenças entre grupos” (Fortin, 2009, p. 53).

2.1. Paradigma e tipo de estudo

“A investigação quantitativa assenta no paradigma positivista” (Fortin, 2009, p. 29).

Este paradigma pressupõe que a verdade é absoluta (consiste numa só realidade), e os factos e princípios existem independentemente dos contextos sociais e históricos, não influenciando o meio onde são recolhidos os dados (Fortin, 2009).

Os seres humanos são compostos por partes, estas podem ser medidas e controladas, independentemente do contexto em que estão inseridos. Este tipo de paradigma está orientado para os resultados e a sua generalização (Fortin, 2009).

A escolha da abordagem desta monografia recaiu sobre o paradigma quantitativo pelo facto de ser o mais adequado ao tipo de projecto que irá ser realizado, uma vez que este paradigma está orientado para os resultados e a sua generalização (aproximação dedutiva).

O estudo descritivo simples refere-se a uma descrição completa de um conceito relativo a uma população, de forma a definir as características da totalidade ou de parte da população em estudo (Fortin, 2009).

Como este trabalho incide sobre “A dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos”, o tipo de estudo mais indicado é o estudo descritivo simples.

2.2. População, processo de amostragem e amostra

“A primeira etapa do processo de investigação consiste em precisar a população que será estudada” (Fortin, 2009, p. 310).

A população é o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido que têm em comum uma ou várias características ou experiências vivenciadas sobre o qual assenta a investigação. A população-alvo é o conjunto das pessoas que integram os critérios de selecção previamente definidos (Fortin, 1999; Fortin, 2009).

A população presente neste trabalho consiste nos enfermeiros que cuidam de recém-nascidos numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

A amostragem é o conjunto de operações que consiste em escolher um grupo de sujeitos da população estudada. Existem dois métodos de amostragem, a probabilística e a não probabilística. A amostragem não probabilística pode ser acidental (também designada de conveniência), por quotas, por escolha racional ou por redes (Fortin, 1999; Fortin, 2009).

No presente trabalho o método utilizado é a amostragem não probabilística, que consiste no processo através do qual todos os elementos da população têm diferente probabilidade de serem escolhidos para pertencer à amostra. O tipo de amostragem é acidental ou de conveniência que consiste em escolher os indivíduos pelo facto de

estarem presentes num determinado local num preciso momento e que respondem a critérios de inclusão precisos (Fortin, 1999; Fortin, 2009).

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Ser membro da equipa de enfermagem de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais;
- Prestar cuidados numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais a recém-nascidos de 28 semanas de gestação a 28 dias de idade corrigida;
- Aceitar participar na pesquisa e assinar o consentimento informado.

A amostra é uma fracção de uma população sobre a qual se realiza o estudo (Fortin, 1999). A amostra no presente projecto é de 45 enfermeiros que cuidam de recém-nascidos nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital Santa Maria, Hospital de Cascais, Hospital Doutor Prof. Fernando Fonseca e Hospital Cuf Descobertas.

2.3. Variáveis

As variáveis são qualidades ou características de pessoas, objectos ou situações que podem mudar ou variar no tempo. Estas podem tomar diferentes valores, podendo ser medidas, manipuladas ou controladas (Fortin, 2009).

As variáveis de investigação são qualidades ou características que podem ser observadas ou medidas (Fortin, 2009). A variável de investigação do presente projecto é a dor no recém-nascido.

As variáveis atributo são características pré-existentes nos participantes em estudo. A escolha das variáveis atributo é feita em função do estudo. Normalmente são constituídas por dados demográficos, tais como, a idade, o género, a situação familiar (Fortin, 1999; Fortin 2009). As variáveis de atributo no presente projecto são a idade, género, categoria profissional, experiência profissional e experiência em pediatria.

2.4. Instrumento de colheita de dados

Os diversos métodos de colheita de dados podem servir para medir as variáveis de um estudo, estes podem ser entrevistas, questionários, grelhas de observação, escalas de medida, entre outros (Fortin, 1999).

2.4.1. Questionário

Como instrumento de recolha de dados utilizamos um questionário constituído por duas partes, a primeira de forma a obter-se dados para a caracterização da amostra e a segunda parte dirige-se a questões relacionadas com a temática em estudo (anexo 2).

O questionário utilizado é da autoria da Enfermeira Helena Nascimento, utilizado na sua tese de mestrado “A Dor no Recém-Nascido numa UCI: Concepções e Práticas de Enfermagem”. Foi feito um pedido de autorização para aplicação do mesmo, ao qual a enfermeira deu o seu consentimento explícito (anexo 3) para a aplicação do questionário no âmbito deste trabalho de investigação.

O questionário é um instrumento de colheita de dados que contém uma série de questões ou enunciados que tem por objectivo recolher informação escrita junto dos participantes sobre acontecimentos ou situações conhecidas, atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões. Podem ser aplicados a grupos independentemente do tamanho. Os questionários são preenchidos pelos próprios participantes, pelo assistente de investigação com a presença do participante (questionário-entrevista), ou pelo telefone. Os participantes devem limitar-se a responder às questões apresentadas, não tendo possibilidade de as alterar, sendo estas expostas através de uma ordem lógica (Fortin, 2009).

Como já foi referido o questionário segue uma ordem lógica de elaboração. A elaboração do questionário deve seguir as seguintes etapas:

- “Determinar qual a informação a recolher;
- Constituir um banco de questões;
- Formular as questões;

- Ordenar as questões;
- Submeter o esboço do questionário à revisão;
- Pré-testar o questionário;
- Redigir a introdução e as directrizes” (Fortin, 2009, p.381).

2.5. Considerações éticas

Qualquer investigação cujos participantes são seres humanos levanta questões éticas e morais. A ética coloca problemas aos investigadores decorrentes das exigências morais que podem em certas situações entrar em conflito com o rigor da investigação. Na perseguição da aquisição do conhecimento, há um limite que não deve ser ultrapassado. Deve-se respeitar a pessoa e protegê-la do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano (Fortin, 2009).

Segundo o relatório de Belmont existem três princípios éticos:

- Princípio da beneficência;
- Princípio do respeito à dignidade humana;
- Princípio da justiça (Polit, Beck e Hungler, 2001).

2.5.1. Princípio da beneficência

É um dos princípios éticos mais fundamentais na pesquisa, sendo que encerra a máxima: “Acima de tudo, não causar dano” (Polit, Beck e Hungler, 2001, p. 84).

Este princípio possui as seguintes dimensões:

- Isenção de dano;
- Isenção de exploração;
- Relação risco/benefício (Polit, Beck e Hungler, 2004).

2.5.2. Princípio do respeito pela dignidade humana

Consiste no direito à autodeterminação e direito à revelação total. Sendo que o direito à autodeterminação é o direito do sujeito decidir voluntariamente, se quer ou não

participar na investigação sem correr o risco de ser penalizado ou prejudicado. Inclui também que os sujeitos estejam livres de tentativas de coacção. Quanto ao direito da revelação completa, este consiste no direito que os participantes têm de conhecer antecipadamente o estudo na sua totalidade, sendo o investigador eticamente obrigado a esclarecer todas as dúvidas que surgirem durante o estudo, bem como a disponibilizar os resultados obtidos (Polit, Beck e Hungler, 2004).

2.5.2.1. Consentimento informado (livre e esclarecido)

Significa que os participantes têm toda a informação necessária sobre a pesquisa, compreendem-na e têm o poder de escolher livremente entre a sua participação voluntária na pesquisa ou a recusa. Os pesquisadores podem documentar o processo de consentimento ao fazer com que os participantes leiam, compreendam e assinem o consentimento informado (apêndice 1) (Polit, Beck e Hungler, 2004; Fortin, 2009).

O consentimento informado deve incluir informações sobre:

- Finalidade do estudo;
- Desconfortos físicos e emocionais;
- Natureza voluntária da participação e o direito à recusa;
- Riscos e benefícios potenciais;
- Garantia da privacidade;
- Procedimentos para colher os dados;
- Contactos dos investigadores (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Foi também incluída na investigação uma carta explicativa do estudo (apêndice 2) aos participantes, bem como junto da instituição um pedido de autorização (apêndice 3). Neste sentido foram requeridas aos Srs. Presidentes da Comissão de Ética do Hospital Santa Maria (anexo4), Hospital CUF Descobertas (anexo 5) Hospital de Cascais (anexo 6) e Hospital Doutor Prof. Fernando Fonseca (anexo 7).

2.5.3. Princípio da justiça

O terceiro ponto presente no relatório de Belmont consiste no direito que os participantes de um estudo têm em terem antes, durante e após a sua participação, direito à privacidade e um tratamento justo e imparcial (Polit, Beck e Hungler, 2004).

3. Apresentação e discussão dos dados

No presente capítulo são apresentados os dados obtidos neste trabalho, em forma narrativa, quadros e gráficos, encontrando-se dividido em três partes. A primeira parte, respeitante à caracterização da amostra de acordo com a idade, género, categoria profissional, especialidade, experiência profissional e experiência em pediatria. A segunda parte é referente às concepções dos enfermeiros sobre a dor no RN e a terceira parte referente às práticas de enfermagem no controlo da dor subdividido em parâmetros utilizados na avaliação da dor no RN, percepções dos enfermeiros sobre as intervenções não farmacológicas usadas no controlo da dor no RN, intervenções usadas nos procedimentos passíveis de causarem dor e obstáculos ao diagnóstico e tratamento da dor no RN.

Os dados obtidos pela aplicação do instrumento de colheita foram tratados informaticamente pelo sistema SPSS (Statistical Package for the Social Science) versão 19.0. Os dados são analisados conforme a frequência das respostas, em números inteiros e percentuais.

3.1. Caracterização da amostra

A amostra do presente estudo é constituída por 45 enfermeiros que cuidam de recém-nascidos nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital Santa Maria, Hospital de Cascais, Hospital Doutor Prof. Fernando Fonseca e Hospital CUF Descobertas.

A média das idades é de 30,16 e o desvio padrão corresponde a 6,984. A idade mediana dos enfermeiros é de 29,00 (mínimo de 22 e máximo de 55) tendo-se obtido como moda, 30 anos (tabela 1).

Idade	
N	45
Média	30,16
Mediana	29,00
Moda	30
Desvio Padrão	6,984
Mínimo	22
Máximo	55

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo a idade.

Em relação à idade constatamos que se trata de um grupo jovem, pois 68,9% dos enfermeiros encontram-se entre os 22 e os 30 anos. Só uma percentagem dos enfermeiros (13,3%) tem idades superiores a 40 anos (figura 1). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), existem 62.566 enfermeiros no activo (dados obtidos até 31 de Dezembro de 2010), em que 33,63% tem idades compreendidas entre os 21 e 30 anos, justificando a obtenção dos dados apresentados.

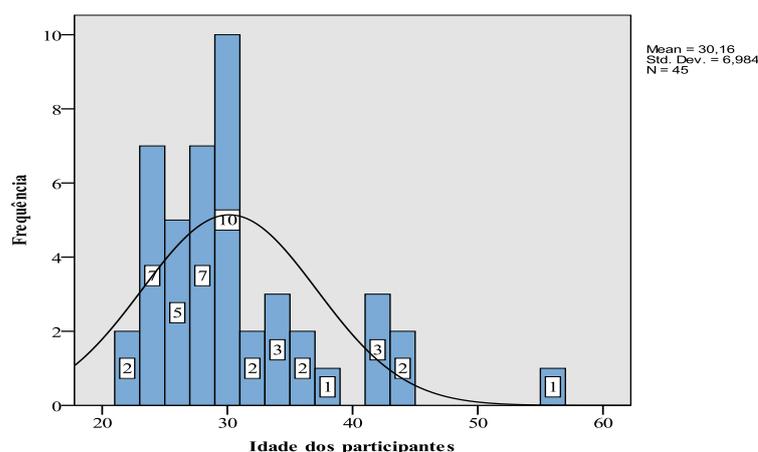


Figura 1 - Histograma das frequências para a variável idade.

Dos 45 participantes do estudo, 97,8% (n=44) são do género feminino e apenas 2,2% (n=1) é do género masculino (tabela 2). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), dos 62.566 enfermeiros no activo, 81,26% (n=50.841) correspondem ao sexo feminino e 18,74% (n=11725) ao sexo masculino, justificando e corroborando os dados obtidos.

Género	Frequência	Percentagem %
Masculino	1	2,2
Feminino	44	97,8

Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo o género.

Quanto à categoria profissional a maioria dos participantes, 64,4% (n=29) indivíduos é enfermeiro, sendo que 17,8% (n=8) possuem a categoria de enfermeiro graduado e 17,8% (n=8) enfermeiros especialistas (tabela 3). Neste contexto, podemos admitir que a maioria dos participantes é enfermeiro generalista devido à idade jovem da amostra em questão, o tempo de serviço, o local de trabalho, a motivação, entre outros, variáveis cuja relação podem constituir um factor justificativo destes dados.

Num estudo realizado no distrito de Viseu, com uma amostra de 373 enfermeiros, quando questionados sobre a existência de motivação para investir na formação em enfermagem, maioritariamente (55,75%) responderam não se encontrar motivados para frequentar qualquer nível de formação (Nunes, 2006).

Categoria profissional	Frequência	Percentagem %
Enfermeiro	29	64,4
Enfermeiro Graduado	8	17,8
Enfermeiro Especialista	8	17,8

Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo a categoria profissional.

No que se refere à área da especialidade, dos 8 participantes com categoria de especialistas, apuramos ser a especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica (75,0%) a formação mais referida, seguido de Comunitária (12,5%) e Saúde Materna (12,5%). Este valor pode ser explicado pelo facto da amostra ser constituída por enfermeiros que cuidam de recém-nascidos nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, contudo o número reduzido de enfermeiros especialistas acaba por condicionar também a análise dos dados.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), das 6 especialidades existentes, a especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica é a segunda especialidade com menos enfermeiros especialistas.

Existe um deficit de enfermeiros especialistas em saúde infantil, representando os existentes cerca de metade dos necessários, constituindo também um obstáculo para aumentar o número de camas nas unidades de cuidados intensivos e para a garantia da qualidade de cuidados de enfermagem neonatais (Comissão Nacional da Saúde Materno-Neonatal, 2004).

No que diz respeito ao tempo de experiência profissional os resultados revelaram que 44,4% (n=20) participantes têm uma experiência inferior a 5 anos e apenas 2,2% (n=1) participante mais de 30 anos (tabela 4).

Relativamente ao tempo de experiência em pediatria, os resultados obtidos revelaram que mais de metade da amostra tem uma experiência em pediatria inferior a 5 anos (51,1%) e apenas 2,2 (n=1) participante mais de 30 anos (tabela 5).

Neste âmbito, podemos admitir que os resultados resultam do facto da amostra em questão ser constituída pela sua maioria por enfermeiros jovens, com pouco tempo de serviço e/ou experiência em pediatria.

Experiência profissional	Frequência	Percentagem %
< 5	20	44,4
De 5 a 10	13	28,9
De 11 a 15	5	11,1
De 16 a 20	5	11,1
De 21 a 25	1	2,2
> 30	1	2,2

Tabela 4 - Caracterização da amostra segundo a experiência profissional.

Experiência em pediatria	Frequência	Percentagem %
< 5	23	51,1
De 5 a 10	12	26,7
De 11 a 15	5	11,1
De 16 a 20	3	6,7
De 21 a 25	1	2,2
> 30	1	2,2

Tabela 5 - Caracterização da amostra segundo a experiência em pediatria.

Dentro do contexto da caracterização da amostra, foi realizada uma questão sobre a existência, por parte dos enfermeiros, em formação específica no manejo da dor no RN. Segundo os resultados obtidos, 57,8% (n=26) dos enfermeiros respondeu ter formação específica no manejo da dor e 42,2% (n=19) dos enfermeiros respondeu negativamente.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008), a aquisição e actualização de conhecimentos sobre a dor é uma responsabilidade que deve ser dividida pelas instituições de ensino, de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente. A efectividade do controlo da dor decorre do compromisso das instituições de saúde. Os enfermeiros com responsabilidade na gestão das organizações de saúde devem promover políticas organizacionais de controlo da dor.

Contudo, 42,2% (n=19) enfermeiros da amostra em estudo revelaram não ter formação específica da dor. Segundo Claro *et al.* (2006), o controlo e avaliação da dor, considerada actualmente como o quinto sinal vital, devem estar totalmente integrados nos cuidados de enfermagem, é importante a busca de conhecimentos novos e actualizados, bem como a divulgação destes. Incluir este tema como educação continuada apresenta-se como estratégia adequada, pois os conceitos de dor ainda não são discutidos nos cursos de formação dos profissionais de saúde e nem mesmo durante a graduação.

Ainda nesta questão, face a uma resposta positiva, era solicitado aos participantes que indicassem 3 procedimentos, por ordem de prioridade que cada um considerasse relevante para o controlo da dor do RN. Dos 26 enfermeiros que responderam ter formação específica no manejo da dor, como se pode verificar na tabela 6, as respostas foram muito diversificadas. Verificou-se que a contenção é o procedimento mais relevante, tendo sido referido por 26,9% (n=7) dos inquiridos seguidos da avaliação da dor, referido por 19,2% (n=5) dos inquiridos. Em 2º lugar de relevância surge novamente a contenção (30,8%) e em 3º lugar a sacarose e as técnicas farmacológicas, cada uma referida por 30,8% (n=8) inquiridos.

O facto do procedimento contenção ser o mais referido, quer em 1º e 2º lugar de prioridade, pode ser justificado devido à simplicidade, bem tolerada, de fácil execução, de baixo custo e que promove diversos benefícios ao RN (Falcão e Silva, 2008).

Gaíva (2001), referiu que a contenção e o posicionamento são estratégias comportamentais bastante utilizadas. O uso de ninhos, envolvendo o RN, promove o descanso e a organização comportamental, fazendo-o sentir-se mais seguro.

Embora medidas farmacológicas e não farmacológicas já estejam bem estabelecidas, mesmo para RN pré-termo, escalas de dor validadas ou indicadores comportamentais e fisiológicos estejam disponíveis, estes recursos não são utilizados rotineiramente na maioria das UCIN e variam consideravelmente, dependendo da situação clínica (Nóbrega, Sakai e Krebs, 2007).

Procedimentos relevantes no controlo da dor	Respostas (N)	
	Ordem de Prioridade	
	Frequência	Percentagem %
	1ª posição	
Procedimento	5	19,2
Sucção não nutritiva	4	15,4
Contenção	7	26,9
Sacarose	3	11,5
Intervenções não farmacológicas	1	3,8
Escalas de avaliação da dor	5	19,2
Diminuição de estímulos (luminosidade, ruídos...)	1	3,8
	2ª posição	
Sacarose	2	7,7
Sucção não nutritiva	6	23,1
Contenção	8	30,8
Diminuição de estímulos (luminosidade, ruídos...)	2	7,7
Intervenções farmacológicas	2	7,7
Intervenções não farmacológicas	5	19,3
Posicionamento	1	3,8
	3ª posição	
Sacarose	8	30,8
Massagem	1	3,8
Método canguru	2	7,7
Toque terapêutico	1	3,8
Escalas de avaliação da dor	1	3,8
Técnicas farmacológicas	8	30,8
Posicionamento	1	3,8
Contenção	1	3,8
Sucção não nutritiva	2	7,7
Diminuição de estímulos (luminosidade, ruídos...)	1	3,8

Tabela 6 - Distribuição da frequência dos procedimentos relevantes no controlo da dor no RN por ordem de prioridade.

3.2. Concepções dos enfermeiros sobre a dor no RN

A concepção dos enfermeiros sobre a dor no RN numa UCI foi feita através da análise das respostas de concordância ou discordância de algumas questões relacionadas com a concepção que os nossos enfermeiros têm sobre o assunto. Os resultados das respostas podem ser visualizados na tabela 7.

Concepção dos enfermeiros	Respostas (N)			
	Sim		Não	
	Frequência	Percentagem%	Frequência	Percentagem%
O RN tem menor capacidade de sentir dor do que a criança mais velha	1	2,2	44	97,8
O RN prematuro tem menor capacidade de sentir dor, do que o RN de termo	1	2,2	44	97,8
A dor no RN é passível de ser previsível	37	82,2	8	17,8
É fácil reconhecer e avaliar as situações dolorosas no RN	32	71,1	13	28,9
A resposta ao estímulo nociceptivo é bem conhecida	23	51,1	22	48,9
As intervenções farmacológicas são pouco eficazes no RN devido à imaturidade sensorial	5	11,1	40	88,9

Tabela 7 - Distribuição da frequência das concepções dos enfermeiros sobre a dor no RN.

Pela observação dos resultados verifica-se que excepto 2,2% (n=1) inquirido não reconhece que o RN tem a mesma capacidade para sentir dor que a criança mais velha. Este resultado é revelador do conhecimento dos enfermeiros acerca da fisiologia neuronal do RN e dos mecanismos pelos quais ocorre a nocicepção. Em consonância

ocorreu uma só resposta (2,2%) sobre a menor capacidade do RN prematuro sentir dor em relação ao RN de termo.

Os dados obtidos corroboram a pesquisa científica que tem sido feita nos últimos anos que tem vindo continuamente a confirmar que os recém-nascidos, especialmente quando prematuros, são mais sensíveis a estímulos nociceptivos que crianças mais velhas (Lago *et al.*, 2009).

Estes dados vão de encontro com o estudo de Nascimento (2010) em que 100% dos enfermeiros investigados reconhecem e acreditam que o RN não tem menos capacidade de sentir dor que a criança mais velha. Além disso, os enfermeiros partilham da concepção de que o RN prematuro tem a mesma capacidade para sentir dor que o RN de termo.

Segundo o estudo realizado por Crescêncio, Zanelato e Levanthal (2009), foi verificado que 100%, dos 32 profissionais de saúde inquiridos referiram acreditar que os recém-nascidos sentem dor.

Foi constatado no estudo de Chermont *et al.* (2003), citado por Nóbrega, Sakai e Krebs (2007), que 100% dos profissionais de saúde inquiridos acreditam que o recém-nascido sente dor.

A grande maioria dos enfermeiros inquiridos (82,2%) concorda que a dor no RN é passível de ser previsível, o que presumivelmente estará relacionado com a percepção individual dos enfermeiros sobre os procedimentos passíveis de causarem dor.

Em concordância 71,1% (n=32) enfermeiros inquiridos considera que a dor é fácil reconhecer e avaliar as situações dolorosas no RN ao contrário de 28,9% (n=13) enfermeiros.

No entanto, pela observação dos resultados 51,1% (n=23) dos participantes considera que a resposta ao estímulo nociceptivo no período neonatal é bem conhecida pelos profissionais de saúde, ao contrário de 48,9% (n=22) dos participantes. Pode-se colocar

como hipótese que este resultado expressa a dificuldade em objectivar os indicadores de dor no RN.

A pouca utilização de medidas de alívio para a dor em recém-nascidos tem sido atribuída, em parte, ao desconhecimento dos profissionais de saúde da resposta ao estímulo nociceptivo no período neonatal (Nóbrega, Sakai e Krebs, 2007).

Segundo Neves e Corrêa (2008), citado por Nascimento (2010), num estudo que concluiu que apesar de todos os profissionais de saúde conceituarem a dor, ainda existe dificuldade em a especificar e em determinar o nível físico e/ou psicológico que a dor pode atingir, dificultando assim o seu reconhecimento e a utilização de intervenções para o seu alívio.

Uma pesquisa que entrevistou profissionais de saúde e pais de recém-nascidos que trabalhavam em outras áreas de actuação, realizada com o objectivo de avaliar o reconhecimento de expressões de dor em neonatos, verificou que o reconhecimento da expressão de dor se associou a algumas características dos entrevistados, como: união estável, ter mais de duas crianças e não ser profissional da área de saúde (Maia e Coutinho, 2011).

Quando questionados se as intervenções farmacológicas são pouco eficazes no RN devido à imaturidade sensorial, 88,9% (n=40) enfermeiros respondem que não tem interferência. Contudo em relação à administração de terapêutica analgésica ser contra indicada devido a diversos factores, 63,4% (n=26) enfermeiros responderam a imaturidade dos órgãos e sistemas, 24,4% (n=10) enfermeiros referiram a imprevisibilidade dos efeitos colaterais, 12,2% (n=5) enfermeiros referiram outros factores e 4 não responderam. Estes resultados podem ser explicados por diversos factores que o presente estudo não esclarece, dado que o foco do estudo está direccionado para o recurso a intervenções não farmacológicas.

Contudo, segundo a American Academy of Pediatrics (2006), devido á imaturidade fisiológica e metabólica, doses da medicação que são eficazes para a redução da dor podem ser próximas das doses que causam toxicidade. Por isso tem surgido o conceito

de uma “analgésia equilibrada”, de acordo com o qual podem ser utilizadas simultaneamente várias abordagens na redução da dor para diminuir a dosagem necessária de cada medicação e desta forma, reduzir a toxicidade.

Dos 5 enfermeiros que referiram outros factores, 1 (20,0%) identificou a relutância e 4 (80,0%) a administração terapêutica não está contra-indicada.

3.3. Práticas de enfermagem no controlo da dor

O conhecimento sobre as práticas de enfermagem no controlo da dor no RN foi feito através da análise das respostas às questões sobre os parâmetros utilizados na avaliação da dor no RN, percepções dos enfermeiros sobre as intervenções não farmacológicas usadas no controlo da dor no RN, intervenções usadas nos procedimentos passíveis de causarem dor e obstáculos ao diagnóstico e tratamento da dor no RN e vão ser utilizados para descrever a prática do fenómeno em estudo.

3.3.1. Protocolos de intervenção

No que se refere à existência de protocolos de avaliação da dor no RN nos serviços onde os enfermeiros prestam cuidados, a totalidade de amostra respondeu que sim (100,0%). Contudo, apenas 73,3% (n=33) enfermeiros referem a existência, no serviço onde trabalham, de protocolos de intervenções não farmacológicas no controlo/tratamento da dor no RN (tabela 8).

Os dados obtidos vão de encontro ao estudo realizado por Nascimento (2010), no qual em 71 enfermeiros inquiridos, só 74,6% (n=53) enfermeiros responderam que têm protocolos de intervenções não farmacológicas.

No estudo realizado por Veronez e Corrêa (2010), alguns participantes responderam que não utilizam medidas preventivas na UCIN, o que demonstrou não haver um protocolo a ser seguido para o alívio da dor, cada um avaliava subjectivamente, assim, os RN ficam à mercê de cada cuidador.

A concepção de protocolos de dor contribuem para uma melhor prevenção e tratamento ao envolverem toda a equipa, clarificarem o papel e a responsabilidade de cada um, e promoverem de forma sistemática e em tempo útil o tratamento (Batalha, 2010).

Protocolos de intervenção	Respostas (N)			
	Sim		Não	
	Frequência	Percentagem%	Frequência	Percentagem%
No serviço está protocolado a avaliação da dor no RN	45	100,0		
No serviço estão protocoladas as intervenções não farmacológicas	33	73,3	12	26,7

Tabela 8 – Distribuição da frequência dos protocolos de intervenção.

Quando inquiridos sobre a realização da avaliação do parâmetro vital da dor por prescrição médica e/ou prescrição de enfermagem, 97,8% (n=44) dos enfermeiros referem ser por prescrição de enfermagem e 2,2% (n=1) enfermeiro refere ser por ambos.

Relativamente à prescrição de intervenções não farmacológicas, 92,7% (n=38) dos enfermeiros responderam que são os enfermeiros que as prescrevem, 4,9% (n=2) enfermeiros responderam que são apenas alguns médicos e/ou alguns enfermeiros, 2,4% (n=1) enfermeiro respondeu que a prescrição é feita pelo médico e 4 enfermeiros não responderam.

O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. No âmbito das suas competências e nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro toma por foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do cliente, o bem-estar e o auto-cuidado. Enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Os resultados obtidos vão de encontro à prestação de cuidados de enfermagem que engloba dois tipos de intervenções: autónomas e interdependentes. As intervenções

autónomas, onde se inclui as intervenções não farmacológicas, são de exclusiva iniciativa e responsabilidade do enfermeiro, isto é, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua prescrição, execução e avaliação (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

3.3.2. Parâmetros utilizados na avaliação da dor no RN

O grupo de questões sobre os parâmetros utilizados na avaliação da dor usados pelos enfermeiros, correspondem a uma escala de Lickert. As hipóteses de resposta incluíam: “Sempre”, “Quase Sempre”, “Às vezes”, “Raramente” e “Nunca”. Os parâmetros utilizados pelos enfermeiros para avaliar a dor no RN estão apresentados na tabela 9, 10 e 11.

De entre os parâmetros para a avaliação da dor prevalecem as alterações comportamentais que incluíram: a expressão facial, o choro, a agitação, a expressão corporal, o tónus muscular, alterações clínicas, postura, score da dor e estado de consciência; as alterações fisiológicas, nomeadamente a alteração de sinais vitais, parâmetros fisiológicos e o sono; e ainda os parâmetros utilizados nas escalas de dor. Constata-se assim que a presença de dor no RN é identificada pelos enfermeiros deste estudo por meio de alterações dos parâmetros comportamentais, fisiológicos e principalmente pelo scores das escalas.

Dentro dos parâmetros comportamentais, verifica-se que 39 dos enfermeiros realizam a avaliação da dor “sempre” (86,7%) através da expressão facial, seguido da agitação (80,0%) e choro (77,8%), expressão corporal (77,8%) e score da dor (77,8%), sendo que um dos enfermeiros (2,2%) refere “nunca” o fazer através das alterações clínicas (tabela 9 e figura 2).

Segundo o estudo de Crescêncio, Zanelado e Levanthal (2009), os parâmetros mais citados pelos enfermeiros para a avaliação da dor foram, a expressão facial e o choro (23,2%), seguido de alteração de sinais vitais (11,6%), agitação (10,5%).

A expressão facial é um sinal sensível, específico e útil em RN de termo e pré-termo na avaliação da dor, além de ser um método não invasivo. Ocorrem movimentos faciais

muito mais expressivos quando os RN são submetidos à punção do calcanhar do que quando são submetidos à fricção do mesmo. Em relação à punção do calcanhar, observou-se que as reacções de contracção das sobrancelhas, encerramento dos olhos, aprofundamento da prega nasolabial e abertura dos lábios estiveram presentes em 99% das vezes e que as reacções de língua esticada e tremor no queixo ocorreram em 70% dos RN logo após o estímulo (Silva *et al.*, 2007).

O choro é considerado uma forma primária de comunicação dos RN e a sua presença mobiliza o adulto, seja ele a mãe ou o profissional de saúde envolvido no seu cuidado. Contudo, é pouco específico e cerca de 50% dos RN não choram devido a um procedimento doloroso. O choro pode ser desencadeado por outros estímulos não dolorosos, como fome ou desconforto. Alguns resultados indicam que há um choro específico para a dor, porém a validade da existência desse “choro da dor” tem sido questionada. O choro, como medida de dor, parece ser um instrumento útil, sobretudo quando está associado a outras medidas de avaliação de dor (Silva *et al.*, 2007).

Parâmetros Comportamentais	Respostas (N)									
	Sempre		Quase Sempre		Às Vezes		Raramente		Nunca	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Expressão facial	39	86,7	6	13,3						
Choro	35	77,8	8	17,8	2	4,4				
Agitação	36	80,0	5	11,1	4	8,9				
Expressão corporal	35	77,8	9	20,0	1	2,2				
Tónus muscular	28	62,2	14	31,1	3	6,7				
Alterações clínicas	15	33,3	16	35,6	13	28,9			1	2,2
Postura	34	75,6	10	22,2	1	2,2				
Score de Dor	35	77,8	9	20,0	1	2,2				
Estado de consciência	19	42,2	11	24,4	7	15,6	6	13,3	2	4,4

Tabela 9 - Distribuição da frequência de utilização dos parâmetros comportamentais na avaliação da dor.

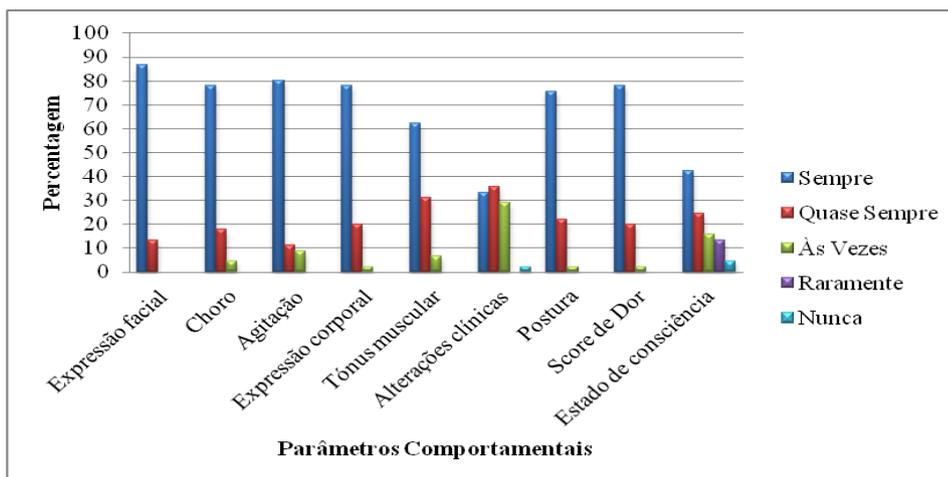


Figura 2 - Representação da utilização dos parâmetros comportamentais na avaliação da dor.

Dos parâmetros fisiológicos verifica-se que 28 dos enfermeiros realizam a avaliação da dor “sempre” (62,2%) através das alterações dos sinais vitais e do sono (tabela 10 e figura 3).

Os dados obtidos não vão de encontro ao estudo de Nascimento (2010), no qual os enfermeiros inquiridos realizam a avaliação da dor no RN, quando questionados sobre os parâmetros fisiológicos, referiram nomeadamente o sono (51 dos 71 inquiridos).

No estudo realizado por Veronez e Corrêa (2010), os 25 profissionais envolvidos perceberam a dor através das alterações fisiológicas, sendo as alterações dos sinais vitais as mais citados.

A variação destes parâmetros pode não estar relacionada especificamente com um estímulo doloroso, mas com eventos diversos, como fome, choro, algum tipo de desconforto, ansiedade ou alterações provocadas pela própria doença de base. Devido aos mecanismos de acomodação e adaptação que ocorrem com as respostas fisiológicas, essas variações têm sido mais úteis no exame de experiências dolorosas associadas apenas a procedimentos de curta duração (Silva *et al.*, 2007).

Noronha (2007), citado por Nascimento (2010), refere actualmente existirem vários indicadores fisiológicos e comportamentais que podem ser usados na avaliação,

quantificação e qualificação do estímulo doloroso. Porém, não existe nenhum indicador comportamental nem fisiológico específico que confirme o diagnóstico da dor no RN, o que obriga à utilização de vários indicadores de dor numa escala validada. Esta circunstância serve para destacar mais uma vez que não é possível usar só os indicadores fisiológicos e comportamentais para avaliar e quantificar a dor no RN. Resulta assim a noção de que a avaliação da dor no RN exige uma associação multidimensional para o seu controlo eficaz.

Parâmetros Fisiológicos	Respostas (N)									
	Sempre		Quase Sempre		Às Vezes		Raramente		Nunca	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Alteração de sinais vitais	28	62,2	15	33,3	2	4,4				
Parâmetros fisiológicos	19	42,2	17	37,8	6	13,3	1	2,2	2	4,4
Sono	28	62,2	10	22,2	5	11,1	1	2,2	1	2,2

Tabela 10 - Distribuição da frequência de utilização dos parâmetros fisiológicos na avaliação da dor.

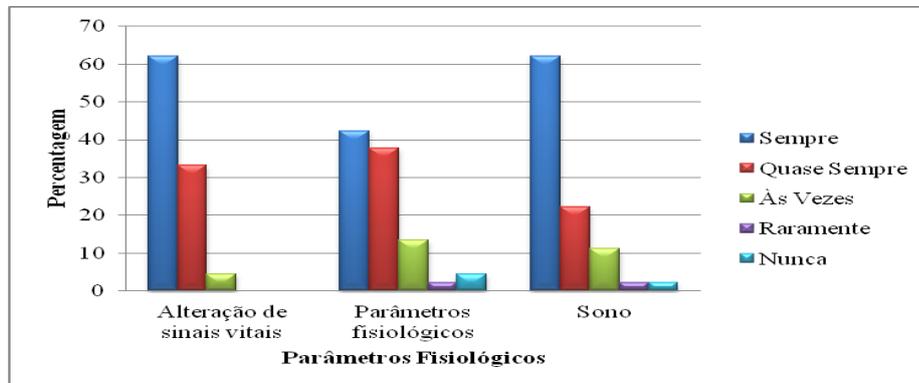


Figura 3 - Representação da utilização dos parâmetros fisiológicos na avaliação da dor.

No que se refere às escalas de avaliação de dor, verifica-se que 34 dos enfermeiros utilizam “sempre” e 10 enfermeiros “quase sempre”.

Escala	Respostas (N)									
	Sempre		Quase Sempre		Às Vezes		Raramente		Nunca	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
	34	75,6	10	22,2			1	2,2		

Tabela 11 - Distribuição da frequência de utilização de escalas na avaliação da dor.

Quando questionados sobre qual ou quais as escalas utilizadas, os inquiridos utilizam maioritariamente a escala de NIPS (51,6%), como podemos verificar na tabela 12.

Uma escala ideal útil deve requerer um mínimo de recursos financeiros e preparação por quem a utiliza, ser fácil de aplicar e interpretar, consumir pouco tempo, permitir a quantificação da dor quer em intensidade quer em duração e ser comparável a outras. Deve ser adequada à idade do RN, ao contexto clínico e ao tipo de dor. O profissional de saúde pode ter dificuldade em escolher a mais adequada, perante a existência de uma série vasta e dispersa (ver tabela 1) (Silva e Silva, 2010).

Segundo a Direcção-Geral de Saúde (2010), de acordo com a idade, e por ordem de prioridade, recomenda a utilização dos seguintes instrumentos no caso dos RN: EDIN, NIPS, PIPP e N-PASS.

A Escala NIPS é útil na avaliação da presença ou não da dor, diferenciando estímulos dolorosos dos não dolorosos. É a mais completa para a maioria dos profissionais por avaliar parâmetros comportamentais e fisiológicos, isto é, leva em consideração que a melhor maneira de avaliar a dor é a que consiste nas dimensões múltiplas (Guimarães e Vieira, 2008).

Escala utilizada	Respostas (N)	
	Frequência	Percentagem%
NIPS	32	51,6
EDIN	15	24,2
FENNINGER	1	1,6
FLACC	14	22,6

Tabela 12 - Distribuição da frequência das escalas mais utilizadas na avaliação da dor.

Pretendeu-se também saber, para a amostra em questão, qual o melhor parâmetro para avaliar a dor no RN no sentido de identificar a frequência de recurso a esse mesmo parâmetro. Os resultados revelam que a expressão facial (88,9%) é o parâmetro a que os

inquiridos recorrem mais para avaliar a dor, seguido da postura (84,4%) e do choro (66,7%) ao qual os enfermeiros responderam “sempre” (tabela 13 e figura 4).

Os dados obtidos vem corroborar com os dados já referidos e evidenciados anteriormente (ver tabela 10), no qual os enfermeiros quando inquiridos sobre quais os parâmetros comportamentais utilizados na avaliação da dor no RN, verifica-se que 39 dos enfermeiros realizam a avaliação da dor “sempre” (86,7%) através da expressão facial.

Melhor parâmetro	Respostas (N)									
	Sempre		Quase Sempre		Às Vezes		Raramente		Nunca	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Frequência cardíaca	19	42,2	18	40,0	8	17,8				
Frequência respiratória	16	35,6	20	44,4	9	20,0				
Pressão arterial	8	17,8	15	33,3	17	37,8	3	6,7	2	4,4
Choro	30	66,7	12	26,7	3	6,7				
Expressão facial	40	88,9	5	11,1						
Postura	38	84,4	7	15,6						

Tabela 13 - Distribuição da frequência do melhor parâmetro para avaliar a dor no RN.

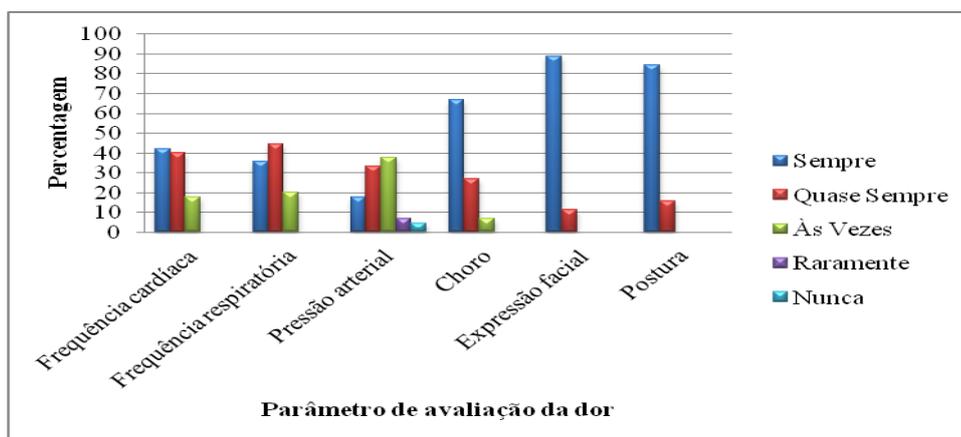


Figura 4 - Representação do melhor parâmetro para avaliar a dor no RN.

Sobre a dificuldade em interpretar os meios de avaliação da dor no RN, observou-se que 44,4% (n=20) enfermeiros, apresentam às vezes dificuldade na interpretação dos meios de avaliação da dor (tabela 14).

Em relação a esta dificuldade, os resultados não são consonantes com a percepção da amostra que admite ser fácil reconhecer e avaliar as situações dolorosas no RN, bem como aceitam que a resposta do RN ao estímulo nociceptivo é bem conhecida, como já foi referido anteriormente. Pode-se colocar como hipótese que este resultado expressa a dificuldade em objectivar os indicadores de dor no RN e também o facto da amostra ser constituído por um grupo jovem, com pouco tempo de experiência em pediatria.

Dificuldade em interpretar os meios de avaliação da dor	Respostas (N)									
	Sempre		Quase Sempre		Às Vezes		Raramente		Nunca	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
			3	6,7	20	44,4	17	37,8	5	11,1

Tabela 14 - Distribuição da frequência da dificuldade em interpretar os meios de avaliação da dor.

3.3.3. Percepções dos enfermeiros sobre as intervenções não farmacológicas utilizadas no controlo da dor no RN

O grupo de questões relacionadas com as concepções dos enfermeiros sobre as intervenções não farmacológicas e farmacológicas utilizadas no controlo da dor no RN, correspondem também a uma escala de Lickert. As hipóteses de resposta incluíam: “Sempre”, “Quase Sempre”, “Às vezes”, “Raramente” e “Nunca”. As intervenções não farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros estão apresentadas na tabela 15 e figura 5.

A intervenção não farmacológica mais utilizada pelos inquiridos é a sucção não nutritiva, respondida como utilizada “sempre” por 82,2% (n=37) enfermeiros, seguido do uso de ninhos (79,5%), diminuição da luminosidade (73,3%), toque terapêutico (71,1%) e ainda a associação de procedimentos (70,5%).

Foi reportado a sucção não nutritiva como um analgésico valioso em procedimentos dolorosos agudos em neonatos em vários estudos (Morrow, Hidinger e Wilkinson-Faulk, 2010).

Reportando à pesquisa bibliográfica efectuada e referida anteriormente, Bo e Callaghan (2000), citado por Morrow, Hidinger e Wilkinson-Faulk (2010), estudaram 27 neonatos pré-termo que foram submetidos a múltiplos procedimentos como punção do calcanhar. Cada bebé recebeu uma de quatro intervenções para o alívio da dor: sucção não nutritiva, musicoterapia, sucção não nutritiva e musicoterapia combinado ou nenhuma intervenção durante o procedimento de punção do calcanhar subsequente. A sucção não nutritiva combinada com musicoterapia tinha o melhor efeito. No entanto, os bebés no grupo de sucção não nutritiva isoladamente demonstraram respostas à dor significativamente diminuídas comparativamente a nenhuma intervenção.

Carbajal, Chauvet, Couderc, e Olivier-Martin (1999), citado por Morrow, Hidinger e Wilkinson-Faulk (2010), estudaram 150 neonatos de termo que eram submetidos a punção venosa. Cada bebé foi atribuído aleatoriamente a um de 6 grupos: nenhum tratamento ($n = 25$), placebo ($n = 25$), chucha ($n = 25$), 2 ml - 30% glucose ($n = 25$), 2 ml - 30% sacarose ($n = 25$) e 2 ml sacarose combinado numa chucha ($n = 25$). Os bebés no grupo da sucção não nutritiva isoladamente tiveram uma redução significativa na dor.

Im, Kim, Park, Sung, e Oh (2008), citado por Morrow, Hidinger e Wilkinson-Faulk (2010), estudaram 99 neonatos de termo comparando sucção não nutritiva ($n = 33$), toque materno ($n = 33$) e nenhuma intervenção ($n = 33$). Apesar dos bebés em ambos os grupos de sucção não nutritiva e toque materno apresentarem scores na escala de NIPS significativamente menores, a sucção não nutritiva provou ser mais benéfica no alívio da dor aguda em neonatos comparativamente com o toque materno isoladamente.

A contenção (utilização de ninhos) vem confirmar com os resultados obtidos quando foi solicitado aos participantes que indicassem 3 procedimentos, por ordem de prioridade que cada um considerasse relevante para o controlo da dor do RN. Verificou-se que a

contenção é o procedimento mais referenciado quer em 1º e 2º lugar de prioridade, tendo sido referido 26,9% e 30,8% respectivamente.

Como no estudo de Nascimento (2010), verifica-se ainda a pouca utilização do NIDCAP e musicoterapia, incluindo 8 e 3 não respostas respectivamente. Provavelmente estes valores estão relacionados com a falta de recursos para a sua implementação e também algum desconhecimento sobre a utilidade destas técnicas.

Pode-se também observar que é referido como utilizado pelos enfermeiros “às vezes” a massagem (45,5%) e o método canguru (48,9%).

Intervenções não farmacológicas	Respostas (N)										
	Sempre		Quase Sempre		Às Vezes		Raramente		Nunca		Não resposta
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	
Mudança de decúbito	24	54,5	17	38,6	3	6,8					1
Sucção não nutritiva	37	82,2	8	17,8							
Soluções açucaradas	27	60,0	12	26,7	6	13,3					
Toque terapêutico	32	71,1	7	15,6	6	13,3					
Massagem	14	31,8	4	9,1	20	45,5	5	11,4	1	2,3	1
NIDCAP	8	21,6	13	35,1	9	24,3	4	10,8	3	8,1	8
Método canguru	12	26,7	9	20,0	22	48,9	2	4,4			
Musicoterapia			4	9,5	18	42,9	14	33,3	6	14,3	3
Manipulação mínima	22	48,9	13	28,9	9	20,0	1	2,2			
Uso de ninhos	35	79,5	9	20,5							1
Associação de Procedimentos	31	70,5	9	20,5	2	4,5			2	4,5	1
Diminuição da Luminosidade	33	73,3	12	26,7							

Tabela 15 - Distribuição da frequência das intervenções não farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros.

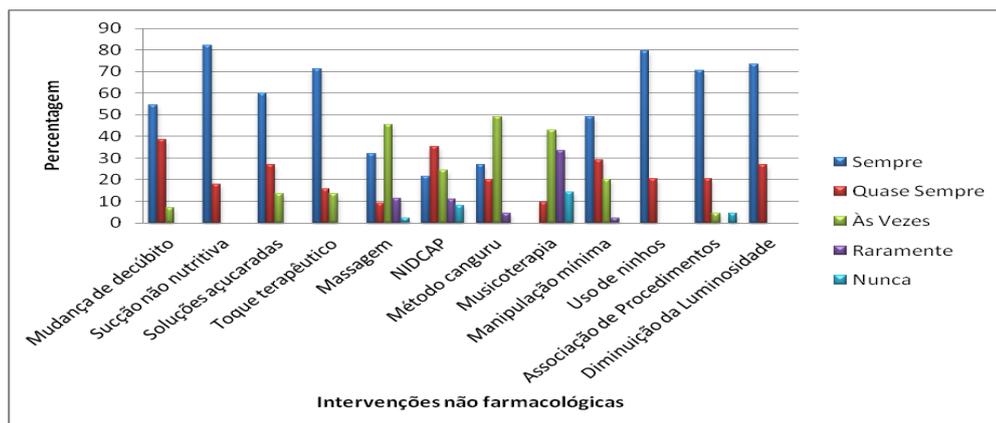


Figura 5 - Representação das intervenções não farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros.

Relativamente aos factores que influenciam a utilização de intervenções não farmacológicas, 66,7% (n=30) dos enfermeiros inquiridos refere a situação clínica do RN como “sempre”. A motivação também é referida como um factor por 42,2% (n=19) enfermeiros como “sempre” (tabela 16 e figura 6).

Os dados são similares aos obtidos por Nascimento (2010), em que 89,9% dos enfermeiros referiram a situação clínica do RN como “sempre” ou “quase sempre”. A motivação foi o factor referido “sempre” e “quase sempre” por 63,2% dos inquiridos.

Factores inerentes ao RN, como idade gestacional, sexo, raça, aparência física, presença de dano tecidual e gravidade do diagnóstico podem alterar a inferência da presença e magnitude de dor, pelo observador (Maia e Coutinho, 2011).

Bergqvist *et al.* (2007), citado por Maia e Coutinho (2011), concluíram que os profissionais têm dificuldades em avaliar a presença e a intensidade da dor no RN. Algumas das justificações são a falta de treino dos profissionais, necessidade de escalas que avaliem a dor do RN de diferentes idades gestacionais, especialmente prematuros extremos e inexistência de uma escala considerada padrão para a mensuração da dor nessa faixa etária.

Factores que influenciam a utilização de intervenções não farmacológicas	Respostas (N)									
	Sempre		Quase Sempre		Às Vezes		Raramente		Nunca	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Situação Clínica do RN	30	66,7	6	13,3	5	11,1	4	8,9		
Falta de Protocolos	4	8,9	10	22,2	16	35,6	10	22,2	5	11,1
Motivação	19	42,2	13	28,9	5	11,1	6	13,3	2	4,4
Recursos	12	26,7	13	28,9	10	22,2	8	17,8	2	4,4
Conhecimento										
Outras										

Tabela 16 - Distribuição dos factores que influenciam a utilização de intervenções não farmacológicas.

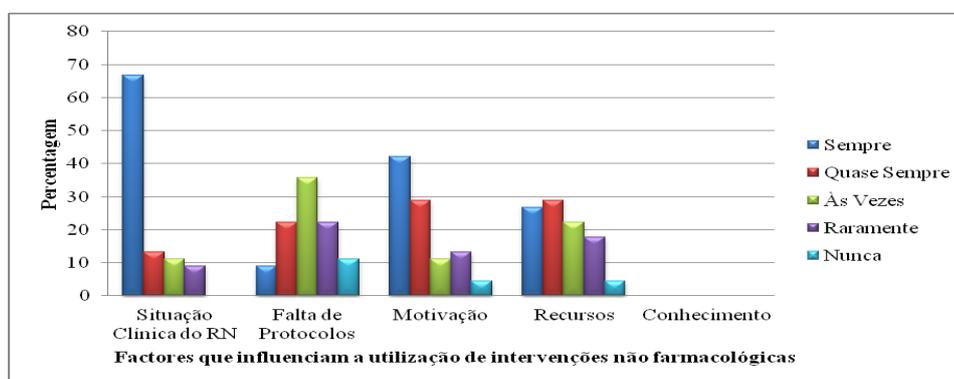


Figura 6 - Representação dos factores que influenciam a utilização de intervenções não farmacológicas.

Quando questionados sobre a primeira intervenção que utilizam no controlo/tratamento da dor no RN, 84,4% dos inquiridos referem que utilizam “sempre” e 15,6% “quase sempre” como primeira opção as medidas não farmacológicas (tabela 17).

Para a amostra é a situação clínica do RN, a condição que prepondera a utilização das intervenções não farmacológicas no controlo/tratamento da dor no RN. Contudo, os resultados permitem-nos referir que existe uma aceitação das intervenções não farmacológicas por parte dos enfermeiros inquiridos, o que ficou corroborado ao considerarem a sua frequente utilização como primeira intervenção no controlo/tratamento da dor no RN.

Primeira intervenção no controlo / tratamento da dor	Respostas (N)										
	Sempre		Quase Sempre		Às Vezes		Raramente		Nunca		Não resposta
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq
Farmacológica	1	2,6	4	10,3	23	59,0	11	28,2			6
Não farmacológica	38	84,4	7	15,6							

Tabela 17 - Distribuição da frequência da primeira intervenção utilizada no controlo/tratamento da dor no RN.

Após instituídas as estratégias não farmacológicas/farmacológicas no controlo da dor, questionou-se os enfermeiros se a sua eficácia é avaliada, 60,0% (n=27) dos enfermeiros refere que o faz “sempre” e 33,3% (n=15) enfermeiros o fazem “quase sempre” relativamente às estratégias farmacológicas. No que respeita às intervenções não farmacológicas, 53,3% (n=24) dos inquiridos refere que o faz “sempre” e 37,8% (n=17) dos inquiridos o faz “quase sempre” (tabela 18).

Existe uma percentagem significativa de enfermeiros que avalia a eficácia das intervenções farmacológicas “quase sempre” e “as vezes” o que pode relevar-se comprometedor na qualidade dos cuidados.

Avaliação da eficácia das estratégias no controlo da dor	Respostas (N)									
	Sempre		Quase Sempre		Às Vezes		Raramente		Nunca	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Farmacológica	27	60,0	15	33,3	1	2,2	2	4,4		
Não farmacológica	24	53,3	17	37,8	2	4,4	2	4,4		

Tabela 18 - Distribuição da frequência da avaliação da eficácia das estratégias no controlo da dor.

Relativamente ao uso concomitante das intervenções farmacológicas e não farmacológicas, verificou-se que 46,7% (n=21) enfermeiros referem usar “sempre” e 13,3% (n=6) referem “quase sempre”, o que de algum modo expressa o reconhecimento da acção potenciadora da eficácia analgésica, quando usados em simultâneo (tabela 19).

Segundo Guimarães e Vieira (2008), as intervenções não farmacológicas previnem e amenizam a dor no RN, mas para a terapêutica ser completa é necessária a associação entre as intervenções farmacológicas e não farmacológicas, uma complementando a outra.

Intervenções não farmacológicas devem ser usadas concomitantemente com as farmacológicas	Respostas (N)									
	Sempre		Quase Sempre		Às Vezes		Raramente		Nunca	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
	21	46,7	6	13,3	18	40,0				

Tabela 19 - Distribuição da frequência sobre a utilização das intervenções não farmacológicas usadas concomitantemente com as farmacológicas.

Em sequência da questão anterior, foi pedido aos inquiridos para justificarem a sua resposta. Apenas 68,8% (n=31) dos inquiridos justificaram a resposta, a análise desta questão foi feita através da análise de conteúdo de Bardin (apêndice 4).

Bardin (1979, p. 42), resume o terreno, o funcionamento e o objectivo da análise de conteúdo, ao explicitar que o termo análise de conteúdo é: “Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.”

As unidades de contexto das diversas respostas relativamente à perspectiva dos enfermeiros se o uso das intervenções não farmacológicas devem ser usadas concomitantemente com as farmacológicas, são: “depende da intervenção”, “depende da avaliação”, “eficaz e suficiente” e a “associação traz benefícios” (tabela 20).

Claro *et al.* (2006), considera fundamental que a equipa multidisciplinar controlo e alivie os efeitos negativos do ambiente da UCIN, com a finalidade de garantir que o recém-nascido tenha melhor qualidade de vida. Deve-se, portanto, utilizar as medidas não-farmacológicas e farmacológicas, simultaneamente, para uma assistência efectiva no controle da dor.

Segundo Gaíva (2001), as abordagens para o controlo da dor no RN podem ser consideradas como farmacológicas e não farmacológicas e a maioria das revisões do tratamento enfatizam o uso simultâneo de ambas.

UNIDADE DE CONTEXTO	CATEGORIA
Depende da intervenção	As intervenções não farmacológicas devem ser usadas concomitantemente com as farmacológicas
Dependendo da avaliação	
Eficaz e suficiente	
A associação traz benefícios	

Tabela 20 - Unidade de contexto e categoria da análise de conteúdo.

3.3.4. Intervenções usadas nos procedimentos passíveis de causarem dor

O grupo de questões relacionadas com as intervenções não farmacológicas e farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros antes dos procedimentos passíveis de causarem dor, corresponde também a uma escala de Lickert. As hipóteses de resposta incluíam: “Sempre”, “Quase Sempre”, “Às vezes”, “Raramente” e “Nunca”.

Após a recolha dos dados verifica-se que os enfermeiros utilizam as intervenções não farmacológicas perante os procedimentos passíveis de causarem dor no RN. Pela observação da tabela 21 e figura 7 os procedimentos em que os enfermeiros utilizam com maior frequência as intervenções não farmacológicas, isto é, referiram como “sempre” são: a punção venosa (93,3%), a introdução de cateter de inserção periférica (90,9%), a punção arterial (74,4%) e do calcanhar (62,2%). A drenagem torácica (60,0%) surge como o procedimento médico em que os enfermeiros utilizam as intervenções não farmacológicas com maior frequência, seguido da introdução de cateter umbilical (42,2%).

No estudo de Veronez e Corrêa (2010), os profissionais de saúde inquiridos referiram como procedimentos dolorosos realizados numa UCIN a punção venosa descrita com maior frequência, seguidas pela colheita de exames, glicémia capilar, retirada de fitas adesivas da pele, aspiração traqueal, manipulação excessiva, realização de pensos,

flebotomias, drenagem torácica, pequenas cirurgias sem analgesia ou mesmo com analgesia, procedimentos médicos em geral, entre outros.

Tem-se verificado também que a administração de solução de glicose oral parece ser eficaz e segura no controlo da dor durante procedimentos que geram dor de intensidade leve a moderada nas UCIN e os efeitos adversos são raros. Os procedimentos descritos passam pela punção venosa e arterial, punção do calcanhar, punção lombar, colocação de catéter percutâneo, disseções venosas, injeções subcutâneas e intramusculares, remoção de adesivos da pele e remoção de drenos (Marcatto, Tavares e Silva, 2011).

A massagem também tem sido utilizada antes da punção do calcanhar para diminuir a dor (Kulkarni *et al.*, 2010).

Gray, Watt, e Blass (2000), citado por Morrow, Hidingen e Wilkinson-Faulk (2010), estudaram 30 bebés de termo submetidos ao procedimento de rotina punção do calcanhar que foram aleatorizados para o método canguru ou balançar durante o procedimento. O método canguru reduziu significativamente o choro em 82% e as expressões faciais em 65%.

De salientar que o procedimento cirúrgico é aquele em que os enfermeiros usam com menor frequência, 10 enfermeiros 25,6% referiram “nunca” utilizar as intervenções não farmacológicas e 6 não responderam. A ambiguidade deste resultado poderá estar relacionada com alguma falta de clareza na questão, pois o objectivo era saber se usavam as intervenções não farmacológicas no pós-operatório e perante pequenas cirurgias realizadas na unidade, o que de facto não era explícito nem expresso no questionário. Com isso também se pode explicar porque 6 enfermeiros não responderam relativamente ao procedimento punção arterial, uma vez que em Portugal é um acto médico.

Estes dados são corroborados com os obtidos por Nascimento (2010), no qual os procedimentos de maior frequência de utilização das intervenções não farmacológicas são: a punção venosa, arterial e do calcanhar; introdução de cateteres periféricos e realização de pensos.

Intervenções não farmacológicas antes dos procedimentos passíveis de causarem dor	Respostas (N)											
	Sempre		Quase Sempre		Às Vezes		Raramente		Nunca		Não resposta	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%		Freq
Punção venosa	42	93,3	3	6,7								
Punção arterial	29	74,4	5	12,8	1	2,6	2	5,1	2	5,1	6	
Punção do calcanhar	28	62,2	12	26,7	5	11,1						
Inserção de sondas (gástricas, vesicais, ...)	7	15,9	19	43,2	12	27,3	5	11,4	1	2,3	1	
Aspiração de secreções	9	20,0	12	26,7	12	26,7	9	20,0	3	6,7		
Introdução de cateter de inserção periférica	40	90,9	4	9,1							1	
Introdução de cateter umbilical	19	42,2	5	11,1	11	24,4	6	13,3	4	8,9		
Drenagem torácica	27	60,0	7	15,6	4	8,9	3	6,7	4	8,9		
Cirurgia	15	38,5	3	7,7	5	12,8	6	15,4	10	25,6	6	
Entubação traqueal	9	20,0	5	11,1	7	15,6	16	35,6	8	17,8		
Realização de penso	24	53,3	11	24,4	6	13,3	4	8,9				
Cuidados de higiene	6	13,3	13	28,9	6	13,3	15	33,3	5	11,1		

Tabela 21 - Distribuição da frequência das intervenções não farmacológicas utilizadas antes dos procedimentos passíveis de causarem dor.

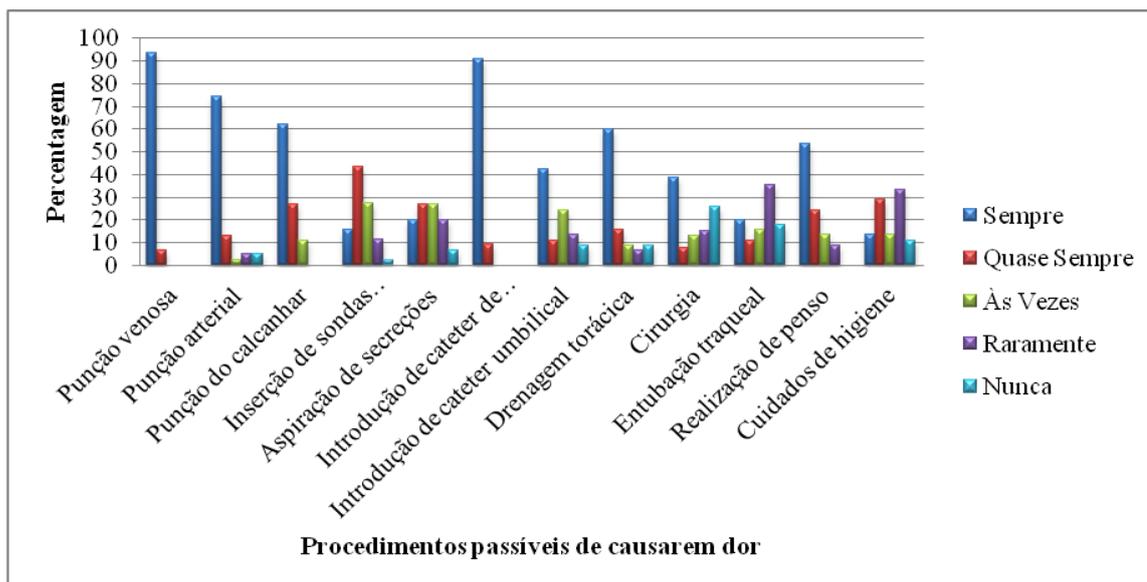


Figura 7 - Representação das intervenções não farmacológicas utilizadas antes dos procedimentos passíveis de causarem dor.

Após a recolha dos dados verifica-se que os enfermeiros utilizam as intervenções farmacológicas perante os procedimentos passíveis de causarem dor no RN. Pela observação da tabela 22 e figura 8, os procedimentos em que os enfermeiros utilizam com maior frequência as intervenções farmacológicas, isto é, referiram como “sempre” são a cirurgia (50,0%) e a drenagem torácica (32,6%).

Segundo Noronha (2007), citado por Nascimento (2010), os procedimentos dolorosos como as drenagens torácicas, a entubação traqueal electiva, a colocação de cateteres centrais, as punções múltiplas, os actos cirúrgicos de qualquer cariz, a ventilação mecânica e a enterocolite necrosante em RN ou qualquer outra patologia promotora de enfermidade grave têm indicação para intervenções farmacológicas concomitantemente às não farmacológicas, apesar de ainda não existir indicações plenas para o uso de analgesia no período neonatal.

A abordagem farmacológica da dor tem como principal objectivo aliviar a dor causada por procedimentos invasivos. Os medicamentos devem ser administrados mesmo antes de se apresentarem os sinais de alteração funcionais e comportamentais (Gaíva, 2001).

De salientar que o procedimento cuidados de higiene é aquele em que os enfermeiros usam com menor frequência intervenções farmacológicas, 25 enfermeiros (55,6%) referiram “nunca” utilizar, assim como na punção do calcanhar (53,3%) e na inserção de sondas (52,2%).

Intervenções farmacológicas perante procedimentos passíveis de causarem dor	Respostas (N)										
	Sempre		Quase Sempre		Às Vezes		Raramente		Nunca		Não resposta
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq
Punção venosa	4	8,9	2	4,4	4	8,9	14	31,1	21	46,7	
Punção arterial	3	6,8	1	2,3	5	11,4	14	31,8	21	47,7	1
Punção do calcanhar	2	4,4	2	4,4	1	2,2	16	35,6	24	53,3	
Inserção de sondas (gástricas, vesicais, ...)	1	2,3			3	6,8	17	38,6	23	52,3	1
Aspiração de secreções			1	2,3	7	15,9	16	36,4	20	45,5	1
Introdução de cateter de inserção periférica	3	6,7	1	2,2	9	20,0	11	24,4	21	46,7	
Introdução de cateter umbilical	1	2,2	2	4,4	6	13,3	14	31,1	22	48,9	
Drenagem torácica	14	32,6	11	25,6	8	18,6	2	4,7	8	18,6	2
Cirurgia	20	50,0	4	10,0	4	10,0			12	30,0	5
Entubação traqueal	1	2,3	7	15,9	19	43,2	9	20,5	8	18,2	1
Realização de penso	2	4,5	2	4,5	15	34,1	11	25,0	14	31,8	1
Cuidados de higiene			1	2,2	6	13,3	13	28,9	25	55,6	

Tabela 22 - Distribuição da frequência das intervenções farmacológicas utilizadas antes dos procedimentos passíveis de causarem dor.

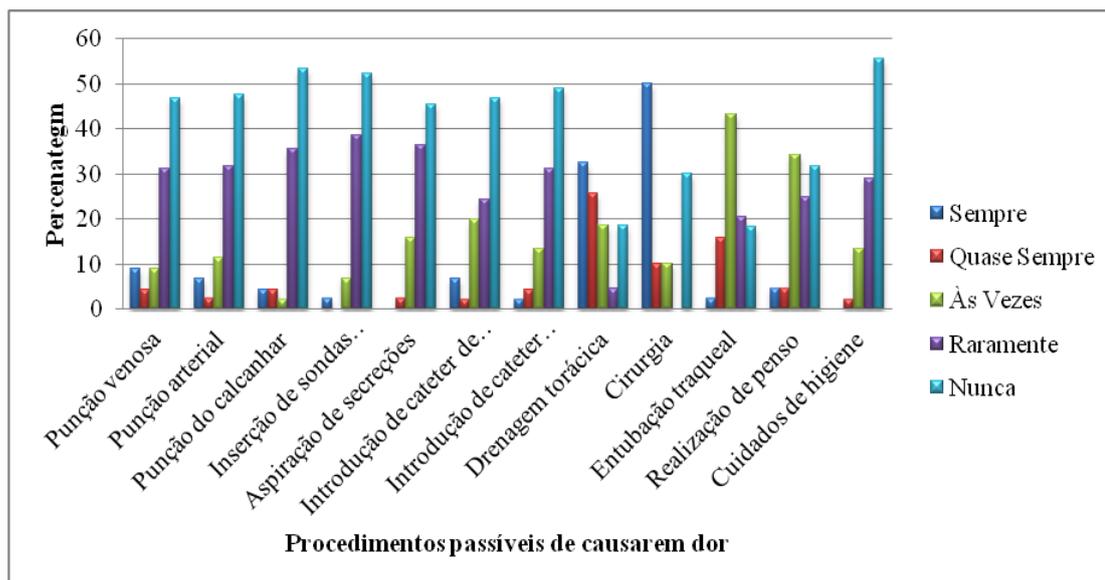


Figura 8 - Representação das intervenções farmacológicas utilizadas antes dos procedimentos passíveis de causarem dor.

3.3.5. Obstáculos ao diagnóstico e tratamento da dor no RN

A autora do questionário utilizado, para conhecer a opinião dos inquiridos em relação aos obstáculos para um correcto diagnóstico e tratamento adequado da dor no RN numa UCI, formulou um grupo de frases, construídas com base na pesquisa teórica foi solicitado aos enfermeiros que escolhessem uma só opção que fosse de encontro às suas concepções sobre o assunto. Os resultados que foram obtidos no presente estudo podem ser observados nas tabelas 23 e 24.

Relativamente ao maior obstáculo para um correcto diagnóstico de dor no RN numa UCI, 20 dos inquiridos (46,5%) optaram pela opção “compreender a diferença entre dor e desconforto” e a menos seleccionada, escolhida por 3 inquiridos (7,0%) foi a opção “ausência de indicadores específicos” (tabela 22).

O grande desafio na avaliação da dor consiste em compreender a diferença do que é dor ou desconforto, para estabelecer assim, um correcto diagnóstico de dor. Esta é uma das principais dificuldades da equipa de enfermagem, geralmente, devido à subjectividade da dor e pela falta de treino dos profissionais (Scochi, *et al.*, 2006)

No estudo realizado por Scochi, *et al.* (2006), alguns inquiridos questionam a questão do stress e do desconforto serem confundidos com dor durante a utilização de uma escala de avaliação e conseqüentemente ser estabelecido um diagnóstico de dor incorrectamente, pois a criança pode estar desconfortável por estar com fome ou outro motivo que não seja dor.

Maior obstáculo para um correcto diagnóstico de dor no RN numa UCI	Respostas (N)	
	Frequência	Percentagem%
O estado pré-verbal da criança	7	16,3
Ausência de indicadores específicos	3	7,0
A grande variabilidade das respostas à dor	5	11,6
Compreender a diferença entre dor e desconforto	20	46,5
Avaliação e quantificação da dor	8	18,6
Não respostas	2	

Tabela 23 - Distribuição da frequência do maior obstáculo para um correcto diagnóstico de dor no RN numa UCI.

Relativamente ao maior obstáculo ao tratamento adequado da dor no RN numa UCI, 21 dos inquiridos (48,8%) optaram pela opção “as diferentes interpretações pessoais do avaliador” e a menos seleccionada, escolhida por 1 inquirido (2,3%) foi a opção “o método escolhido para avaliação da dor no RN” (tabela 23).

A falta de sensibilização e formação, a incapacidade em conceptualizar e quantificar a dor, a insuficiente avaliação, a pouca investigação de campo realizada em Portugal, e muitas das vezes a ineficaz organização dos serviços de saúde, são obstáculos identificados que impedem um eficaz controlo da dor (Batalha, 2010b).

Diversos factores, como idade, sexo, raça, religião, estado civil, nível socioeconómico e tradições culturais, podem influenciar a avaliação da dor neonatal pelos profissionais de saúde (Maia e Coutinho, 2011).

Porter *et al.* (1997), citado por Maia e Coutinho (2011), ao avaliarem a equipa médica e de enfermagem, observaram que os médicos mais idosos ou que trabalhavam em enfermarias de maior complexidade, relataram maior uso de agentes farmacológicos.

A relação de tempo de experiência em neonatologia com o manuseamento da dor ainda é assunto controverso. Porém, para a maioria dos pesquisadores, os especialistas avaliam com mais dificuldade os procedimentos dolorosos, quando comparados aos generalistas. A maior preparação educacional e a experiência profissional mais especializada e duradoura, além do convívio mais próximo com a dor, podem dificultar a percepção da dor no RN. Apesar do conhecimento e da experiência, os especialistas não as transferem para a prática (Maia e Coutinho, 2011).

Robinson e Wise (2004), citado por Maia e Coutinho (2011), analisaram a influência de uma experiência dolorosa prévia dos profissionais de saúde sobre a sua avaliação da dor. Os autores verificaram que a dor, de forma geral, foi subestimada, porém o grupo que posteriormente sofreu a mesma experiência dolorosa dos avaliados mudou a sua percepção da dor e apresentou mais sensibilidade para a diagnosticar.

Bergqvist *et al.* (2007), citado por Maia e Coutinho (2011), concluíram que os profissionais de saúde têm dificuldades em avaliar a presença e a intensidade da dor no RN. Algumas das justificações são a falta de treino dos profissionais, necessidade de escalas que avaliem a dor do RN de diferentes idades gestacionais, especialmente prematuros extremos e inexistência de uma escala considerada padrão para a mensuração da dor nessa faixa etária.

Maior obstáculo ao tratamento adequado da dor no RN numa UCI	Respostas (N)	
	Frequência	Percentagem%
Decisão a respeito da necessidade ou não do uso de analgésico	12	27,9
As diferentes interpretações pessoais do avaliador	21	48,8
A inexistência de uma abordagem multidimensional na avaliação da dor	9	20,0
O método escolhido para avaliação da dor no RN	1	2,3
Não respostas	2	

Tabela 24 - Distribuição da frequência do maior obstáculo ao tratamento adequado da dor no RN numa UCI.

Conclusão

De forma a contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade ao RN com dor e dada a relevância da equipa de enfermagem, na avaliação, gestão e controlo da dor, surgiu assim a necessidade de compreendermos os procedimentos e obstáculos que contribuem para a avaliação da dor no RN numa UCIN, de forma a reconhecermos a melhor forma de prestar cuidados de enfermagem de qualidade.

O enfermeiro tem a responsabilidade de articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas de controlo da dor, para além do dever ético e legal em advogar uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado. Cabe ainda aos enfermeiros o dever de defender a mudança das políticas e alocação de recursos que sustentam o controlo efectivo da dor.

Com o presente estudo constatámos que pouco mais de metade dos enfermeiros apresentavam formação específica no manejo da dor no RN. A falta de sensibilização, formação e actualização de conhecimentos sobre a dor é uma das responsabilidades do enfermeiro. Segundo os objectivos delineados, dentro das concepções dos enfermeiros sobre a dor no RN, constatou-se que a maioria dos enfermeiros reconhece que o RN tem capacidade de sentir dor, que a dor é passível de ser previsível e que é fácil reconhecer e avaliar as situações dolorosas no RN.

Quando questionados sobre qual ou quais as escalas utilizadas, os inquiridos utilizam maioritariamente a escala de NIPS, é útil na avaliação da presença ou não da dor, diferenciando estímulos dolorosos dos não dolorosos.

As intervenções não farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros inquiridos no controlo/tratamento da dor do recém-nascido são a sucção não nutritiva, seguido do uso de ninhos, diminuição da luminosidade, toque terapêutico e ainda a associação de procedimentos.

Os enfermeiros utilizam as intervenções não farmacológicas perante os procedimentos passíveis de causarem dor no RN. Os procedimentos em que utilizam com maior

frequência estas intervenções são a punção venosa seguindo-se a introdução de cateter de inserção periférica, a punção arterial e do calcanhar. A drenagem torácica surge como o procedimento médico em que os enfermeiros utilizam as intervenções não farmacológicas com maior frequência, seguido da introdução de cateter umbilical.

Verifica-se também que os enfermeiros utilizam as intervenções farmacológicas perante os procedimentos passíveis de causarem dor no RN. Os procedimentos em que utilizam com maior frequência estas intervenções são a cirurgia e a drenagem torácica.

Relativamente aos factores que influenciam a utilização de intervenções não farmacológicas, a maioria dos enfermeiros inquiridos refere a situação clínica do RN, seguindo-se a motivação também referida como um factor.

O obstáculo, compreender a diferença entre dor e desconforto, foi o mais referido pelos enfermeiros para um correcto diagnóstico de dor no RN numa UCIN. Relativamente ao maior obstáculo ao tratamento adequado da dor no RN numa UCIN, os inquiridos optaram pela opção, as diferentes interpretações pessoais do avaliador. Os obstáculos para um controlo adequado da dor são multifactoriais e o conhecimento das atitudes e crenças das equipas de saúde que trabalham com RN's é muito importante. Há necessidade de investimentos na capacitação, formação e sensibilização dos profissionais de saúde acerca do controlo e do tratamento da dor, com o intuito de proporcionar um cuidado mais humanizado ao RN.

Com a conclusão deste estudo, os objectivos do trabalho foram atingidos e esperamos que os aspectos marcados possam vir a despertar os profissionais de enfermagem para reconhecer, avaliar e intervir neste fenómeno. Sem a adopção rotineira de escalas de avaliação da dor na UCIN, a dor do RN ficará dependendo sempre da observação de cada profissional. É importante considerar a implementação urgente de protocolos de intervenção na dor para os diferentes procedimentos, promover a formação e conseqüentemente uma melhor prevenção e envolvimento de toda a equipa para uniformizar as medidas adoptadas.

Limitações e implicações

As limitações que comprometeram o estudo são:

- O facto de a amostra não ter sido seleccionada aleatoriamente mas sim por conveniência e qualidade;
- As autoras não estarem presentes no preenchimento dos questionários para esclarecer dúvidas que surgissem. Verificou-se que algumas alíneas do questionário não eram por si só esclarecedoras, algo também verificado pela autora do questionário no âmbito da sua tese de mestrado.
- Não foi possível comparar a prática na UCIN dos quatro Hospitais em que foram seleccionados os enfermeiros. No Hospital Santa Maria só foi possível obter 4 questionários, devido à mudança das instalações da UCIN por motivo de obras para instalações provisórias e depois novamente para as instalações renovadas exactamente na fase de entrega e recolha dos questionários.
- Uma vez que o questionário utilizado é bastante extenso, foi necessário encontrar um compromisso entre a profundidade e extensão da análise dos dados e o âmbito deste trabalho, como sendo uma monografia.

Os resultados obtidos no presente estudo, permitem enumerar algumas linhas de orientação que devem estar patentes em futuros estudos dentro desta temática:

- Utilização de uma amostra constituída por um número maior de enfermeiros;
- Realização de outros trabalhos de investigação dentro da mesma temática;
- Realização de outros trabalhos de investigação dentro da mesma temática que permitam a comparação entre os vários hospitais e/ou áreas geográficas diferentes de Portugal, de forma a possibilitar uma visão mais global.

Bibliografia

Als, H. (2009). 'Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP): New frontier for neonatal and perinatal medicine'. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, **2**, pp. 135-147.

Amaral, J. M. V. (2008). *Tratado de Clínica Pediátrica*. (1ª ed.). Amadora: ABBOTT Laboratórios, Lda.

American Academy of Pediatrics. (2006). 'Prevention and Management of Pain in the Neonate: An Update'. *Pediatrics*, **118**, 5, pp. 2231-2241.

Anand, K. J., Johnston, C. C., Oberlander, T. F., Taddio, A., Lehr, V. T. e Walco, G. A. (2005). 'Analgesia and local anesthesia during invasive procedures in the neonate'. *Clinical Therapeutics*, **27**, 6, pp. 844-876.

Azevedo, M. (2006). *Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares*. (5ª ed.). Lisboa: Universidade Católica.

Bardin, L. (1979). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barker, D. P. e Rutter, N. (1995). Exposure to invasive procedures in neonatal intensive care unit admissions. *Archives of Disease in Childhood*. **72**, pp. F47-F48.

Batalha, L. M. C. (2010a). 'Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais'. *Revista de Enfermagem Referência*. **III**, 2, pp. 73-80.

Batalha, L. M. C. (2010b). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar*. Lisboa: Lidel.

Bouza, H. (2009). 'The impact of pain in the immature brain'. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, **22**, 9, pp. 722-732.

Claro, M. T., Cianflone, L. P. A., Faria, L. L. e Fontes, T. A. (2006). 'A dor do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal: uma avaliação sobre o conhecimento da equipe'. *Revista da Dor*, **7**, 4, pp. 882-891.

Cignacco, E., Hamers, J. P. H., Stoffel, L., Lingen, R. A., Gessler, P., McDougall, J. e Nelle, M. (2007). ‘The efficacy of non-pharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates. A systematic literature review’. *European Journal of Pain*, **11**, 2, pp. 139-152.

Codipietro, L., Ceccarelli, M. e Ponzone, A. (2008). ‘Breastfeeding or Oral Sucrose Solution in Term Neonates Receiving Heel Lance: A Randomized, Controlled Trial’. *Pediatrics*, **122**, 3, pp. e716-e721.

Comissão Nacional da Saúde Materno-Neonatal (2004). *Reflexão sobre Saúde Materna e Neonatal*. Disponível *on-line* em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/saudematerna04.htm>. Último acesso em 20-11-2011.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2002). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE/CNP - Versão beta 2*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Crescêncio, E. P., Zanelato, S. e Levanthal, L. C. (2009). ‘Avaliação e alívio da dor no recém-nascido’. *Revista Eletrônica Enfermagem*, **11**, 1, pp. 64-69.

Direcção-Geral de Saúde. (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

Direcção-Geral de Saúde. (2010). *Orientações Técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

Falcão, F. R. C. e Silva, M. A. B. (2008). ‘Contenção durante a aspiração traqueal em recém-nascidos’. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, **7**, 2, pp. 123-131.

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Gaíva, M. A. M. (2001). ‘Dor no recém-nascido: prática e conhecimentos atuais’. *Pediatria Moderna*, **37**, 5, pp. 155-165.

Gasparido, C. M., Linhares, M. B. e Martinez, F. E. (2005). ‘A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura’. *Jornal de Pediatria*, **81**, 6, pp. 435-442.

Guimarães, A. L. O. e Vieira, M. R. R. (2008). ‘Conhecimento e atitudes da enfermagem de uma unidade neonatal em relação à dor no recém-nascido’. *Arquivos de Ciência da Saúde*, **15**, 1, pp. 9-12.

Hebabi, J. A. (2010). ‘Do neonates need pain management?’. *CQ Nursing Journal of Academic Writing*, pp. 45-50.

Holsti, L. e Grunau, R. E. (2010). ‘Considerations for Using Sucrose to Reduce procedural Pain in Preterm Infants’. *Pediatrics*, **125**, 5, pp. 1042-1047.

Kashaninia, Z., Sajedi, F., Rahgozar, M. e Noghabi, F. A. (2008). ‘The effect of Kangaroo Care on Behavioral Responses to Pain of na Intramuscular Injection in Neonates’. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, **13**, 4, pp. 275-280.

Kulkarni, A., Kaushik, J. S., Gupta, P., Sharma, H. e Agrawal, R. K. (2010). ‘Massage and Touch Terapy in Neonates: The Current Evidence’. *Indian Pediatrics*, **47**, 9, pp. 771-776.

Lago, P., Garreti, E., Merazzi, D., Pieragostini, L., Ancora, G., Pirelli, A. e Bellieni, C. V. (2009). ‘Guidelines for procedural pain in the newborn’. *Acta Paediatrica*, **98**, 6, pp. 932-939.

Latimer, M. A., Johnston, C. C., Ritchie, J. A., Clarke, S. P. e Gilin, D. (2009). ‘Factors Affecting Delivery of Evidence-Based Procedural Pain Care in Hospitalized Neonates’. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, **38**, 2, pp. 182–194.

Maia, A. C. A. e Coutinho, S. B. (2011). ‘Fatores que influenciam a prática do profissional de saúde no manejo da dor do recém-nascido’. *Revista Paulista de Pediatria*, **29**, 2, pp. 270-276.

Marcatto, J. O., Tavares, E. C. e Silva, Y. P. (2011). ‘Benefícios e limitações da utilização da glicose no tratamento da dor em neonatos: revisão da literatura’. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, **23**, 2, pp. 228-237.

Melzack, R. e Wall, P. (1987). *O Desafio da Dor*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbekian.

Morrow, C., Hidinger, A. e Wilkinson-Faulk, D. (2010). ‘Reducing Neonatal Pain during Routine Heel Lance Procedures’. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, **35**, 6, pp. 346-354.

Nascimento, H. (2010). *A Dor no Recém-Nascido numa UCI: Concepções e Práticas de Enfermagem*. Tese de mestrado inédita, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas.

Neto, S. I. H. (2006). ‘Musicoterapia e a Maternidade’. *Revista Nursing Portuguesa*, **210**, pp. 1-20.

Nóbrega, F. S., Sakai, L. e Krebs, V. L. J. (2007). ‘Procedimentos dolorosos e medidas de alívio em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal’. *Revista Médica*, **86**, 4, pp- 201-206.

Nunes, M. C. (2006). ‘Expectativas de formação dos enfermeiros do distrito de Viseu’. *Revista Millenium*, **32**, pp. 91-107.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. Disponível online em: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>. Último acesso em 20-11-2011.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Dados Estatísticos*. Disponível *on-line* em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/OE%20Dados%20Estat%20C3%A2%20Disticos%20-%202000-2010.pdf>. Último acesso em 20-11-2011.

Pacheco, S. C. C., Viegas, S. M. F. S. M. e Rosa, Z. M. M. (2007). ‘Toque terapêutico – fundamentação e aplicabilidade em enfermagem’. *Revista Nursing Portuguesa*, **224**, pp. 1-27.

Potter, P. A. e Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Rocha, G., Proença, E., Fernandes, P., Matos, A., Costa, T., Carreiro, H. e Areias, A. (2004). Analgesia e Sedação. *In* Sociedade Portuguesa de Pediatria. *Consensos Nacionais em Neonatologia* (pp. 45-51). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Silva, Y. P., Gomez, R. S., Máximo, T. A. e Silva, A. C. S. (2007). ‘Avaliação da dor em Neonatologia’. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, **57**, 5, pp. 565-574.

Silva, T. P. e Silva, L. J. (2010). ‘Escala de avaliação da dor utilizadas no recém-nascido’. *Acta Médica Portuguesa*, **23**, 3, pp. 437-454.

Scochi, C. G. S., Carletti, M., Nunes, R., Furtado, M. C. C. e Leite, A. M. (2006). ‘A dor na Unidade Neonatal sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem de um hospital de Ribeirão Preto-SP’. *Revista Brasileira de Enfermagem*, **59**, 2, pp. 188-194.

Tan, J. (2005). *Practical Manual of Physical Medicine and Rehabilitation*. (2ª ed.). London: Mosby.

Veronez, M. e Corrêa, D. A. M. (2010). ‘A Dor e o Recém-Nascido de Risco: Percepção dos Profissionais de Enfermagem’. *Cogitare Enferm*, **15**, 2, pp. 263-270.

Yamada, J., Stinson, J., Lamba, J., Dickson, A., McGrath, P. J. e Stevens, B. (2008). ‘A review of systematic reviews on pain interventions in hospitalized infants’. *Pain Res Manage*. **13**, 5, pp. 413-420.

Anexos

Anexo 1. Escalas exclusivas para recém-nascidos

Escala	População-alvo	Medidas	Duração da dor
Douler Aigue du Nouveau-né (DAN) / Acute Pain in Newborns (APN)	RN pré-termo e de termo	Expressão facial; Movimentos dos membros; Expressão vocal;	Dor aguda: punção do calcanhar e venopunção.
Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)	RN pré-termo e de termo	Expressão facial; Choro; Padrão respiratório; Movimentos dos membros superiores e inferiores; Estado de alerta	Dor aguda: punção do calcanhar, entubação, aspiração gástrica.
ABC pain scale	RN pré termo e de termo	Tonalidade do primeiro choro; Ritmo dos acessos de choro; Constância da intensidade do choro;	Dor aguda: punção do calcanhar.
Neonatal Pain Analyzer (ABC analyzer)	RN de termo	Tonalidade do choro; Presença de choro “em sirene”	Dor aguda: punção do calcanhar.
Distress Scale for Ventilated Newborn Infants (DSVNI)	RN sob ventilação mecânica	Indicadores comportamentais	Dor aguda: procedimentos dolorosos de rotina
Liverpool Infant Distress Scale (LIDS)	RN de termo	Movimentos corporais; Excitabilidade; Flexão dos dedos da mão e do primeiro dedo do pé; Tônus; Expressão facial; Sono.	Dor prolongada: pós-cirurgia.
Behavioral Indicators of	RN pré-termo	Estado sono/vigília; Cinco diferentes trejeitos	Dor aguda: venopunção.

Infant Pain (BIIP)		faciais; Dois diferentes movimentos das mãos.	
Echelle Douleur Inconfort Nouveau-né (EDIN)	RN pré-termo	Expressão facial; Movimentos corporais; Qualidade do sono; Qualidade de interação; Reconforto/consolabilidade.	Dor prolongada: ventilação mecânica e pós-cirurgia.
Premature Infant Pain Profile (PIPP)	RN pré-termo e de termo	Idade gestacional; Estado de alerta; Frequência cardíaca; Saturação de oxigénio; Expressão facial.	Dor aguda: punção do calcanhar e venopunção.
Bernese Pain Scale for Neonates (BPSN)	RN pré-termo e de termo	Cor da pele; Expressão facial; Postura; Padrão respiratório; Frequência cardíaca; Saturação de oxigénio.	Dor aguda: venopunção.
Pain Assessment in Neonates (PAIN)	RN pré-termo e de termo	Expressão facial; Choro; Padrão respiratório; Movimento das extremidades; Estado de alerta; Oxigénio suplementar necessário; Frequência cardíaca aumentada.	Dor aguda: procedimentos dolorosos de rotina.
The Infant Body Coding System (IBCS)	RN pré-termo e de termo	Expressão facial; Movimentos corporais; Características do choro; Frequência cardíaca.	Dor aguda: punção do calcanhar.
Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (N-PASS)	RN pré-termo e de termo	Choro/irritabilidade; Estado/comportamento; Expressão facial; Tónus/extremidades; Sinais vitais.	Dor prolongada: ventilação mecânica e pós-cirurgia.
Crying Requires increased	RN pré-termo e de	Choro; Expressão facial; Oxigénio suplementar	Dor prolongada: pós-

oxygen administration, Increased vital signs, Expression, Sleeplessness (CRIES)	termo	necessário; Sinais vitais; Padrão do sono.	cirurgia.
Pain Assessment Tool (PAT)	RN pré-termo e de termo	Postura/tónus; Padrão de sono; Expressão; Coloração; Choro; Respiração; Frequência cardíaca; Saturação de oxigénio; Pressão arterial; Percepção da dor pelo(a) enfermeiro(a).	Dor prolongada: ventilação mecânica e pós-cirurgia.
Scale for Use in Newborns (SUN)	RN pré-termo e de termo	Medidas fisiológicas: frequência cardíaca, respiração, pressão arterial média; Medidas comportamentais: estado de alerta, movimento, tónus, expressão facial.	Dor aguda: aspiração, entubação e inserção de cateter.
Nepean Neonatal Intensive Care Unit Pain Assessment Tool (NNICUPAT)	RN pré-termo	Expressão facial; Movimentos corporais; Cor da pele; Saturação de oxigénio; Frequência respiratória; Frequência cardíaca; Percepção da dor pelo(a) enfermeiro(a).	Dor aguda: procedimentos dolorosos de rotina.

Silva, T. P. e Silva, L. J. (2010). 'Escala de avaliação da dor utilizadas no recém-nascido'. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 3, pp. 437-454

**Anexo 2. Questionário “A dor no recém-nascido numa UCI:
percepções e práticas de enfermagem”**

Questionário – “ A dor no recém-nascido numa UCI: percepções e práticas de enfermagem”

(Preencha os espaços vazios (____) ou assinale com uma nos respectivos lugares de acordo com a sua resposta).

I- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

1. Idade: _____

2. Género: Masculino Feminino

3. Categoria Profissional

- Enfermeiro
- Enfermeiro Graduado
- Enfermeiro Especialista

Qual a especialidade? _____

4. Experiência profissional:

<5	De 5 a 10	De 11 a 15	De 16 a 20	De 21 a 25	De 26 a 30	>30

5. Experiência em Pediatria:

<5	De 5 a 10	De 11 a 15	De 16 a 20	De 21 a 25	De 26 a 30	>30

6. Recebeu formação específica no manejo da dor no RN? Sim Não

6.1. Se sim, referir por ordem de prioridade 3 procedimentos que considere relevantes no controlo da dor do RN.

1. _____
2. _____
3. _____

II- A DOR NO RECÉM-NASCIDO NUMA UCI: PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM

1. Em relação à dor no RN, assinale nas frases que se seguem a sua concordância

Sim : ou discordância Não :

1.1. O RN tem menor capacidade de sentir dor, do que a criança mais velha?

Sim Não

1.2. O RN prematuro tem menor capacidade de sentir dor, do que o RN de termo.

Sim Não

1.3. A dor no RN é passível de ser previsível?

Sim Não

1.4. É fácil reconhecer e avaliar as situações dolorosas no RN?

Sim Não

1.5. No RN, a administração de terapêutica analgésica é contra-indicada devido à:

- Imaturidade dos órgãos e sistemas
- Imprevisibilidade dos efeitos colaterais
- Outra

Se respondeu outra, identifique qual ou quais? _____

1.6. A resposta ao estímulo nociceptivo no período neonatal é bem conhecida pelos profissionais de saúde?

Sim Não

2. No serviço onde trabalha está protocolado a avaliação da dor no RN?

Sim Não

3. A avaliação do parâmetro vital dor, é realizada por:

- Prescrição médica
- Prescrição de enfermagem

4. Realiza a avaliação da dor no RN através de:

Parâmetros Comportamentais	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
• Expressão facial					
• Choro					
• Agitação					
• Expressão corporal					
• Tónus muscular					
• Alterações clínicas					
• Postura					
• Score de Dor					
• Estado de consciência					

Parâmetros Fisiológicos	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
• Alteração de sinais vitais					
• Parâmetros fisiológicos					
• Sono					

Escalas	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca

Se utiliza Escalas, diga qual ou quais?

5. Na sua opinião qual considera ser o melhor parâmetro para avaliar a dor no RN?

	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
Frequência cardíaca					
Frequência respiratória					
Pressão arterial					
Choro					
Expressão facial					
Postura					

6. Tem dificuldade em interpretar os meios de avaliação da dor no RN?

Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca

7. A primeira intervenção que utiliza no controlo/ tratamento da dor no RN é:

	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
Farmacológica					
Não farmacológica					

7.1. As intervenções farmacológicas são pouco eficazes no RN devido à imaturidade sensorial?

Sim Não

8. No serviço onde trabalha estão protocoladas as intervenções não farmacológicas no controlo/tratamento da dor no RN?

Sim Não

9. A prescrição de intervenções não farmacológicas é feita por:

- Médicos
- Enfermeiros
- Apenas por alguns médicos e/ou alguns enfermeiros

10. Quais as intervenções não farmacológicas que utiliza?

	Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Raramente	Nunca
Mudança de decúbito					
Sucção não nutritiva					
Soluções Açucaradas					
Toque terapêutico					
Massagem					
NIDCAP					
Método canguru					
Musicoterapia					
Manipulação Mínima					
Uso de Ninhos					
Associação de Procedimentos					
Diminuição da Luminosidade					

11. Utiliza as intervenções não farmacológicas antes dos seguintes procedimentos passíveis de causarem dor?

	Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Raramente	Nunca
Punção venosa					
Punção arterial					
Punção do calcanhar					
Inserção de sondas (gástricas, vesicais,...)					
Aspiração de secreções					
Introdução de cateter de inserção periférica					
Introdução de cateter umbilical					
Drenagem torácica					
Cirurgia					
Entubação traqueal					
Realização de penso					
Cuidados de higiene					

12. Na sua opinião quais os factores que influenciam a utilização de intervenções não farmacológicas no controlo/tratamento da dor no RN?

	Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Raramente	Nunca
Situação Clínica do RN					
Falta de Protocolos					
Motivação					
Recursos					
Conhecimento					
Outras					

Se respondeu outras, identifique qual ou quais?

13. Perante os seguintes procedimentos passíveis de causarem dor, utiliza intervenções farmacológicas?

	Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Raramente	Nunca
Punção venosa					
Punção arterial					
Punção do calcâneo					
Inserção de sondas (gástricas, vesicais,...)					
Aspiração de secreções					
Introdução de cateter de inserção periférica					
Introdução de cateter umbilical					
Drenagem torácica					
Cirurgia					
Entubação traqueal					
Realização de penso					
Cuidados de higiene					

14. Após instituídas estratégias não farmacológicas/ farmacológicas no controlo da dor, a sua eficácia é avaliada?

	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
Farmacológica					
Não farmacológica					

15. Na sua perspectiva, as intervenções não farmacológicas devem ser usadas concomitantemente com as farmacológicas?

Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca

Justifique _____

16. Na sua opinião qual é o maior obstáculo para um correcto diagnóstico de dor no RN numa UCI (Escolha uma só opção)?

- O estado pré-verbal da criança.....
- Ausência de indicadores específicos
- A grande variabilidade das respostas à dor.....
- Compreender a diferença entre dor e desconforto.....
- Avaliação e quantificação da dor

17. Qual pensa ser o maior obstáculo ao tratamento adequado da dor no RN numa UCI (Escolha uma só opção)?

- Decisão a respeito da necessidade ou não do uso de analgésico.....
- As diferentes interpretações pessoais do avaliador.....
- A inexistência de uma abordagem multidimensional na avaliação da dor.....
- O método escolhido para avaliação da dor no RN.....

FIM

Obrigado pela sua colaboração!

Anexo 3. Autorização para a utilização do questionário

Date: Mon, 20 Jun 2011 23:36:19 +0100
Subject: Re: Pedido de Autorização para utilização de Questionário
From: helenammmn@gmail.com
To: cobramercedes@hotmail.com

Boa noite.

Desde já peço imensa desculpa pela demora na resposta mas nos últimos tempos tenho tido a vida um pouco complicada. Autorizo a utilização do questionário, desde que com devida referência na bibliografia da vossa monografia. Desejo boa sorte e estarei ao dispor para o que necessitarem.

Saudações académicas.

Helena Nascimento.

**Anexo 4. Autorização para aplicação do questionário no
Hospital Santa Maria**



Exma Sr^a
Prof^a Maria João Santos
U. Atlântica
Fábrica da Pólvora de Barcarena
2730-036 BARCARENA

ASSUNTO: Autorização para aplicação de um questionário a Enfermeiros, a efectuar no âmbito do Curso de Licenciatura em Enfermagem e integrado no desenvolvimento de um estudo subordinado ao tema “Dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos”

Vimos por este meio informar que se encontra autorizada a aplicação de um questionário a Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, pelas estudantes Joana Cardoso e Inês Reis, a efectuar no âmbito do Curso de Licenciatura em Enfermagem e integrado no desenvolvimento de um estudo subordinado ao tema “Dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos”.

Com os melhores cumprimentos,

HSM, 16 de Agosto de 2011

A Enfermeira Directora

Catarina Bataca
Enfermeira Directora

VAR

DIRECÇÃO DE
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647
www.chln.pt
dse.gfie@hsm.min-saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt

**Anexo 5. Autorização para aplicação do questionário no
Hospital CUF Descobertas**

Carlos Gomes Costa Carlos.Costa@jmellosaude.pt
para joana_fcardoso, ireis.pt, Maria, Natasha ▾

17 ago ☆



Boa tarde,

Informo que o vosso pedido para aplicação de questionário aos enfermeiros da Unidade de Neonatologia no âmbito da realização do estudo «Dor no recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos» foi autorizado.

Sugiro que contactem a Sra. Enfermeira Natasha Pedro, responsável pela Unidade (segue o contacto de e-mail em Cc) e se articulem com ela para a aplicação dos questionários.

Manifesto ainda o meu interesse e o da equipa de enfermagem em conhecer os resultados do estudo, pelo que gostaria que combinássemos uma apresentação do mesmo no HCD após a conclusão do mesmo.

Ao dispor para qualquer esclarecimento.

Melhores cumprimentos,



Carlos Gomes da Costa – carlos.gomescosta@jmellosaude.pt
Enfermeiro Director – **Hospital CUF Descobertas – José de Mello Saúde**
Rua Mário Botas – Parque das Nações, Piso 1 - 1998-018 Lisboa
Tel.: 351 210 025 656 – Fax: 351 210 025 224 – www.saudecuf.pt

**Anexo 6. Autorização para aplicação do questionário no
Hospital de Cascais**

Exm^a Sr^a
Prof^a Maria João Santos
Universidade Atlântica
Antiga Fábrica da Pólvora de Barcarena
2730-036 Barcarena

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionário aos Enf^{os} da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Data: 29/08//2011

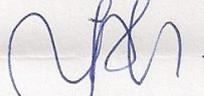
N/Of. 212/CA

Exma. Senhora,

Na sequência do v/ ofício datado de Julho de 2011, referente ao assunto acima mencionado, informamos V. Ex^a que o mesmo foi autorizado, devendo contactar previamente a Enf^a Dulce Gonçalves Responsável da Neonatologia, para aplicação dos referidos questionários.

Com os melhores cumprimentos,

A Enf.^a Directora,



(Isabel Pereira Lopes)

/AC

**Anexo 7. Autorização para aplicação do questionário no
Hospital Doutor Prof. Fernando Fonseca**

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que, precedendo parecer favorável do Grupo Coordenador da Comissão de Investigação Clínica do Hospital Fernando Fonseca, E.P.E., se encontra aprovado o Projecto de Investigação "Dor do recém-nascido numa unidade de cuidados intensivos", cujas Investigadoras são as alunas da Licenciatura em Enfermagem Joana Cardoso e Inês Reis .

Amadora, 1 de Set. de 2011

A Directora Clínica



Teresa Maia

O Enfermeiro Director



João Vieira

Apêndices

Apêndice 1. Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do projecto: Dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Investigadores: Joana Cardoso e Inês Reis.

Eu _____, confirmo que o processo de investigação descrito no formulário apenso, que me foi entregue uma cópia, me foi explicado e que responderam a todas as minhas questões para a minha satisfação. Eu compreendo a natureza e as vantagens da minha participação no estudo, assim como os inconvenientes e os riscos potenciais. Sei que posso colocar, agora ou mais tarde, questões sobre o estudo ou o processo de investigação. Foi-me assegurado que todos os dados recolhidos serão guardados confidencialmente e que nenhuma informação em que a minha identidade seja revelada será dada ou publicada sem o meu consentimento.

Compreendo que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento sem qualquer punição ou perda de benefícios.

Pelo presente documento, aceito participar neste estudo.

Assinatura

Data

Se tiver questões posso contactar os investigadores por telefone:
Inês Reis (91 938 84 39) e Joana Cardoso (96 565 42 84).

Apêndice 2. Carta explicativa do estudo

CARTA EXPLICATIVA À/AO ENFERMEIRA/O

Título do projecto: Dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Investigadores: Joana Cardoso e Inês Reis.

Objectivo do estudo: Conhecer quais as percepções dos enfermeiros sobre a dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos; identificar quais as escalas são utilizadas pelos enfermeiros para a avaliação da dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos; identificar que intervenções não farmacológicas utilizam os enfermeiros na prevenção, controlo e tratamento da dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos; descrever quais os procedimentos em que os enfermeiros mobilizam essas intervenções e aplicam intervenções farmacológicas no controlo e tratamento da dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos; mencionar quais os factores que podem influenciar na aplicação de intervenções não farmacológicas no controlo e tratamento da dor no recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos; descrever quais os obstáculos que podem influenciar no correcto diagnóstico e tratamento da dor no recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos.

Desenrolar do estudo: Se permitir a sua participação no estudo, a recolha dos dados será efectuada através do preenchimento de um questionário que incide na dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. O questionário é constituído por duas partes, a primeira diz respeito à caracterização da amostra e a segunda parte incide na temática em estudo. Foram definidos como critérios de inclusão: ser membro da equipa de enfermagem de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais; prestar cuidados numa

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais a recém-nascidos (entre as 28 semanas de gestação e os 28 dias de idade corrigida).

Potenciais vantagens: Este estudo pretende compreender as percepções, procedimentos e intervenções que contribuem para a prevenção, avaliação, controlo e tratamento da dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, de forma a reconhecer a melhor forma de prestar cuidados de enfermagem de qualidade.

Riscos potenciais: Não há riscos conhecidos na participação deste estudo.

Liberdade de participação: A participação no estudo é livre e voluntária. Qualquer novo conhecimento susceptível de pôr em causa a sua participação ser-lhe-á comunicado. O consentimento pode ser retirado em qualquer momento sem qualquer punição ou perda de benefícios.

Carácter confidencial: Qualquer informação obtida durante o estudo será guardada confidencialmente, sendo utilizado um código para identificar os questionários. Todos os dados obtidos serão guardados confidencialmente num dossier à responsabilidade dos investigadores e apenas utilizados para o estudo em questão, sendo posteriormente destruídos.

Apêndice 3. Carta de autorização para realização do estudo

Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética do
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

Barcarena, 29 Julho de 2011

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionário aos enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Joana Cardoso e Inês Reis, estudantes finalistas do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica/Escola Superior de Saúde Atlântica, vimos por este meio solicitar a Vossa Ex.^a autorização para a aplicação de um questionário para recolha de dados, a fim de realizar um trabalho de investigação que combinará com monografia de final de curso. O questionário é constituído por duas partes, a primeira diz respeito à caracterização da amostra e a segunda parte incide na temática em estudo.

O tema em estudo é “Dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos”. A amostra será constituída por um mínimo de 30 enfermeiros que queiram participar e assinem o consentimento informado. Foram definidos como critérios de inclusão: ser membro da equipa de enfermagem de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais; prestar cuidados numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais a recém-nascidos (entre as 28 semanas de gestação e os 28 dias de idade corrigida). Esta investigação tem uma abordagem quantitativa e tipo de estudo descritivo simples.

Temos como objectivos, conhecer quais as percepções dos enfermeiros sobre a dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos; identificar quais as escalas são utilizadas pelos enfermeiros para a avaliação da dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos; identificar que intervenções não farmacológicas utilizam os enfermeiros na prevenção, controlo e tratamento da dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos; descrever quais os procedimentos em que os enfermeiros mobilizam essas intervenções e aplicam intervenções farmacológicas no controlo e tratamento da dor do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos;

mencionar quais os factores que podem influenciar na aplicação de intervenções não farmacológicas no controlo e tratamento da dor no recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos; descrever quais os obstáculos que podem influenciar no correcto diagnóstico e tratamento da dor no recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos.

Estão garantidos os aspectos éticos e comprometemo-nos a respeitar o anonimato e a confidencialidade dos dados e toda a recolha de dados será efectuada com base na autorização após explicação da natureza do trabalho e ainda do direito à recusa em participar.

Todos os dados serão posteriormente disponibilizados.

Atenciosamente,

Inês Reis
(ireis.pt@gmail.com)
(91 938 84 39)

Joana Cardoso
(joana_fcardoso@hotmail.com)
(96 565 42 84)

Apêndice 4. Quadro de análise de conteúdo

UNIDADE DE NUMERAÇÃO	UNIDADE DE REGISTO	UNIDADE DE CONTEXTO	CATEGORIA
4	<p>E. 2. “Depende do factor causador de dor, por vezes as não farmacológicas são suficientes”.</p> <p>E. 18. “Nem sempre é necessário recorrer a intervenções farmacológicas, dependendo do tipo de cuidados/intervenção.”</p> <p>E. 44. “Depende do procedimento”.</p> <p>E. 45. “Dependendo do procedimento a realização e do estado clínico do bebé”.</p>	Depende da intervenção	As intervenções não farmacológicas devem ser usadas concomitantemente com as farmacológicas
7	<p>E. 1. “Aliar as intervenções farmacológicas sempre que se prevê ou conclui que as não farmacológicas não são suficientemente eficazes”.</p> <p>E. 16. “Necessidade de avaliação de cada situação. Existem situações em que as medidas não farmacológicas são suficientes e outras em que essas medidas não são suficientes e há necessidade de utilizar concomitantemente medidas farmacológicas”.</p> <p>E. 21. “Depende da avaliação do score da dor,</p>	Dependendo da avaliação	

	<p>pode-se conseguir suprimir a dor apenas com medidas não farmacológicas”.</p> <p>E. 28. “Dependendo da avaliação e eficácia do método não farmacológico pode ou não existir necessidade de métodos farmacológicos”.</p> <p>E. 30. “Se as medidas não farmacológicas forem suficientes, não se justifica a aplicação de medidas farmacológicas adjacentes”.</p> <p>E. 31. “As intervenções não farmacológicas deverão ser sempre as primeiras medidas a serem tomadas. Após avaliada a sua eficácia, e de acordo com o score da dor, prossegue-se para intervenções farmacológicas”.</p> <p>E. 33. “As intervenções não farmacológicas podem ser suficientes sem ser necessário recorrer às farmacológicas”.</p>		
<p>8</p>	<p>E. 7. “Porque é mais eficaz”.</p> <p>E. 13. “As intervenções não farmacológicas para o alívio da dor são medidas de conforto, por isso</p>	<p>Eficaz e suficiente</p>	

	<p>devem ser usadas”.</p> <p>E. 17. “Intervenções como mudança de posicionamento ajudam na melhoria do conforto do bebé”.</p> <p>E. 19. “Contribuem para a autoregulação do RN”:</p> <p>E. 20. “Muitas vezes as medidas não farmacológicas são suficientes para o alívio da dor do recém-nascido”.</p> <p>E. 22. “Muitas vezes as medidas não farmacológicas são suficientes”.</p> <p>E. 25. “A organização comportamental do bebé além de promover o conforto do bebe ajuda no controlo da dor logo as medidas não farmacológicas promovem o bem-estar e desenvolvimento do bebé”.</p> <p>E. 35. “O alívio da dor é mais eficaz e o RN fica mais confortável e sem dor”.</p>		
12	E. 5. “Quando é necessário recorrer a medidas farmacológicas dever-se-á continuar a utilizar as	A associação traz benefícios	

	<p>medidas não farmacológicas”.</p> <p>E. 6. “As duas medidas em conjunto beneficiam a um maior bem-estar ao RN medidas não farmacológicas com vista a maximizar o controlo da dor possibilitando assim obter resultados mais eficazes”.</p> <p>E. 9. “Sempre que necessário”.</p> <p>E. 11. “A associação das medidas não farmacológicas irão potenciar a eficácia das farmacológicas e promover a reorganização da criança”.</p> <p>E. 12. “A utilização simultânea de varias técnicas não farmacológicas com meios farmacológicos aumenta a eficácia do controlo e da redução da dor no RN”.</p> <p>E. 14. “As intervenções não farmacológicas devem ser usadas sempre que necessário”.</p> <p>E. 15. “Quando se torna necessário de medidas farmacológicas, contudo estas não excluem as</p>		
--	--	--	--

	<p>medidas não farmacológicas”.</p> <p>E. 23. “Potenciar o seu efeito e pela sua complementaridade”.</p> <p>E. 24. “A associação de ambas, por vezes, torna-se mais eficaz mantendo o conforto e diminuindo ou excluindo a dor”.</p> <p>E. 27. “A eficácia aumenta se forem utilizadas em conjunto”.</p> <p>E. 29. “Como coadjuvante”.</p> <p>E. 34. “Para potenciar todos os seus efeitos”.</p>		
--	--	--	--

