

CARMEN LÚCIA GUIMARÃES DE AYMAR

**O Caminhar de uma Equipe de Terapia Intensiva Neonatal
por uma Prática Reflexiva no Manejo da Dor**



**Recife
2013**

CARMEN LÚCIA GUIMARÃES DE AYMAR

**O Caminhar de uma Equipe de Terapia Intensiva Neonatal por uma
Prática Reflexiva no Manejo da Dor**

Tese apresentada ao Colegiado da Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora

Prof^ª. Dr^ª. Sônia Bechara Coutinho

Co-orientadora

Prof^ª. Dr^ª. Luciane Soares de Lima

**RECIFE
2013**

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa- CRB4-1010

A982c Aymar, Carmen Lúcia Guimarães de.
O caminhar de uma equipe de terapia intensiva neonatal por uma
prática reflexiva no manejo da dor / Carmen Lúcia Guimarães de Aymar. –
Recife: O autor, 2013.
157 f.: il.; tab.; quadr.; gráf.; 30 cm.

Orientadora: Sônia Bechara Coutinho.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, 2013.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Dor. 2. Unidades de terapia intensiva neonatal. 3. Humanização da
assistência. 4. Educação em saúde. 5. Prática profissional. I. Coutinho, Sônia
Bechara (Orientadora). II. Título.

618.92

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2014-017)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Título:

**O CAMINHAR DE UMA EQUIPE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL
POR UMA PRÁTICA REFLEXIVA NO MANEJO DA DOR**

Nome:

Carmen Lúcia Guimarães de Aymar

Tese aprovada em: 31/07/2013

Membros da Banca Examinadora:

PROF^a. DR^a. SÔNIA BECHARA COUTINHO

PROF^a. DR^a GISÉLIA ALVES PONTES DA SILVA

PROF^a. DR^a. BIANCA ARRUDA MANCHESTER DE QUEIROGA

PROF^a. DR^a. SUELY ARRUDA VIDAL

PROF^a. DR^a. LÍDIA RUIZ MORENO BRISOLA

**Recife
2013**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof. Dr. Silvio Romero Barros Marques

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Francisco de Souza Ramos

DIRETOR CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

VICE-DIRETORA

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos

COORDENADORA DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

COLEGIADO

CORPO DOCENTE PERMANENTE

Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima (Coordenadora)
Profa. Dra. Maria Eugênia Farias Almeida Motta (Vice-Coordenadora)
Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz
Profa. Dra. Ana Bernarda Ludermit
Profa. Dra. Andréa Lemos Bezerra de Oliveira
Prof. Dr. Décio Medeiros Peixoto
Prof. Dr. Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho
Profa. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro
Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva
Profa. Dra. Luciane Soares de Lima
Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos
Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes
Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira
Profa. Dra. Rosemary de Jesus Machado Amorim
Profa. Dra. Sílvia Regina Jamelli
Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho
Profa. Dra. Sophie Helena Eickmann
(Leila Maria Álvares Barbosa - Representante discente - Doutorado)
(Catarine Santos da Silva - Representante discente -Mestrado)

CORPO DOCENTE COLABORADOR

Profa. Dra. Ana Cláudia Vasconcelos Martins de Souza Lima
Profa. Dra. Bianca Arruda Manchester de Queiroga
Profa. Dra. Claudia Marina Tavares de Arruda
Profa. Dra. Cleide Maria Pontes
Profa. Dra. Daniela Tavares Gontijo
Profa. Dra. Margarida Maria de Castro Antunes
Profa. Dra. Rosalie Barreto Belian
Profa. Dra. Sônia Bechara Coutinho

SECRETARIA

Paulo Sergio Oliveira do Nascimento
Juliene Gomes Brasileiro
Janaína Lima da Paz

À minha mãe **Norma** (*in memoriam*), exemplo de força, de coragem e de superação, que fez de mim quem sou e acreditou em meus sonhos.

Ao meu filho **Fred** - fonte constante de estímulo, incentivo e amor - razão de tudo.

Agradecimentos

Ao meu **DEUS**, força maior.

Ao meu filho **Fred** - motivação maior para minha vida - pelo carinho, pela compreensão e pela ajuda nos aspectos práticos da vida familiar, além da colaboração na transcrição de gravações e de “traduções emergenciais”. Filho, muito obrigada! Eu amo você mais do que tudo.

Ao meu amor, que domina a arte de me fazer feliz – **José Cláudio** – pela compreensão, pela admiração, pelo estímulo, pela força, pelo carinho, pelo cuidado e pelo amor. Obrigada por me ter como “seu tesourinho”. Eu amo você!

Aos meus amigos e familiares, pelo apoio, pelo carinho, pelo incentivo e pela compreensão, indispensáveis para minha vida. Agradecimento, em especial, à **Jane Andrade** (amiga-mãe), à **Adriana Amorim** (amiga-irmã) e à **Sandra Rios** (amiga-parceira) pela presença constante em minha vida, cada uma com seu “papel definido” e seu apoio fundamental.

Às amigas e companheiras de plantão **Martha Albuquerque**, **Rosilene Fonseca** e **Lurdinês Queiroz**, pois a amizade e o cuidado de vocês muito me aliviaram em, não raros, momentos de incertezas.

À Profª. Drª. **Sônia Bechara Coutinho** – minha “mãe acadêmica”, pelo exemplo de pessoa e de profissional, pela dedicação e pela competência com que me orientou durante a realização deste trabalho, pela oportunidade de crescimento, pela confiança, pela atenção e pelo respeito concedidos a mim durante este tempo no qual trabalhamos juntas e, antes de tudo, pelo cuidado e pelo carinho de mãe.

À Prof^a. Dr^a. **Luciane Soares de Lima**, minha co-orientadora, pela confiança nessa tarefa de me orientar em uma “nova visão de mundo” e pela oportunidade de descobrirmos juntas um novo caminho.

À companheira de pesquisa **Cândida Santos** pela amizade, pelo carinho, pelo cuidado e pela participação efetiva no Grupo Operativo além do apoio nos momentos de incertezas.

À **Emilly Moreno**, recente e doce aquisição para meu “rol de queridas”, obrigada pela contribuição fundamental e pelo apoio.

À **Marina Mendes** e a **Paulo Frias** pela disponibilidade e pelas importantes contribuições acerca da Avaliação de Serviço.

À Prof^a. Dr^a. **Gisélia Alves**, participadora ativa da minha formação e defensora do desenvolvimento desta pesquisa, incentivando-me e fazendo-me entender que não podemos nos deixar abater por “nossos ímpares”, além das importantes contribuições trazidas ao estudo por ocasião do Exame de Qualificação, da Pré-banca e da participação na banca.

Às Prof^{as}. Dr^{as}. **Bianca Queiroga** e **Suely Arruda**, pelas valiosas críticas e pelas sugestões oferecidas por ocasião da Pré-banca e pela participação na banca.

À Prof^a. Dr^a. **Lídia Ruiz Moreno**, por sua atenção e por sua disponibilidade em participar da minha banca de avaliadores.

Aos professores da Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente-UFPE, por terem contribuído na minha formação.

Às colegas do doutorado, **Cibele Santos**, **Adriana Azoubel**, **Suzana Costa**, **Nailze Figueiredo** e **Danielle Franklin**, pelos momentos inesquecíveis compartilhados, pelos vínculos formados e pelas “seções de terapia de grupo”, tão necessários...

Aos funcionários da Pós-Graduação, **Paulo**, **Juliane** e **Janaína**, por sua competência e pela atenção.

Aos colegas de trabalho, especialmente à equipe da **Unidade Neonatal do Hospital das Clínicas**, por suportarem meus períodos de ausência e por apoiarem a realização deste projeto.

À Dra **Lindacir Sampaio** (tia Linda), companheira de vida acadêmica, amiga e chefe, pela compreensão e pela colaboração nas várias fases deste projeto.

Ao **Hospital Agamenon Magalhães**, que serviu de campo de pesquisa deste trabalho, por me ter aberto suas portas e, em especial, à **Dra Gilene Cunha**, pelo apoio e compreensão durante todo período da pesquisa.

A toda equipe da **Unidade Neonatal do Hospital Agamenon Magalhães** - participantes ativos desta pesquisa.

Às componentes do **Grupo Operativo**, pelo envolvimento, pela colaboração e pela “vontade de mudar” demonstrados a cada encontro, por terem “vestido a camisa” nesta tarefa, por tomarem para si a responsabilidade de “fazer a diferença” e, principalmente, por me fazerem sentir acolhida e amparada.

Aos pequenos pacientes que, a cada dia, nos ensinam que a vida é feita de esperança.

A todos que, de alguma maneira, contribuíram para a realização deste trabalho, meu sincero agradecimento.

Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.

Paulo Freire

RESUMO

Uma harmonia entre cuidado e *práxis* configura-se atualmente como um grande desafio, especialmente na saúde, área que possui a prerrogativa de aliviar a dor e o sofrimento humano. Entretanto, os resultados de alguns estudos ainda demonstram uma lacuna entre o conhecimento científico a respeito da dor e a utilização de métodos para sua avaliação e minimização, principalmente no período neonatal. A garantia da humanização da assistência aliada à educação permanente pode ser considerada como uma estratégia para uma prática reflexiva alcançando a transformação necessária. Dessa forma, delineou-se a presente pesquisa com o objetivo de avaliar a efetividade de uma ação educativa sobre o manejo da dor em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Foi realizado um estudo de intervenção, na modalidade da pesquisa-ação, com avaliação da efetividade, do tipo antes e depois, desenvolvido em três etapas. Na 1ª Etapa, com 70 participantes, foram realizados dois estudos: um quantitativo do tipo transversal e um qualitativo para conhecer, a partir da perspectiva dos profissionais de saúde, os fatores que interferem na prática no manejo da dor neonatal. A 2ª Etapa, intervenção, foi desenvolvida através de um Grupo Operativo (GO), que após identificar os principais fatores que interferem no manejo da dor na unidade, definiu como estratégias para transformação da realidade, a elaboração de um protocolo específico e ações educativas para os profissionais. Na 3ª etapa, com 60 participantes, verificou-se a efetividade da intervenção, através de estudos quantitativo e qualitativo. A participação na capacitação foi referida por 84,8% dos profissionais de nível superior e 85,2% de nível médio e referiram alguma mudança na prática do manejo da dor na unidade 84,9% e 70,4%, respectivamente. Os profissionais dos níveis superior e médio referiram a utilização de escalas para avaliação da dor com frequências de 93,9% e 74,1%, respectivamente, além da utilização de métodos para seu alívio na maioria dos procedimentos pesquisados. A participação na capacitação instrumentalizou-os para uma avaliação crítica do serviço, evidenciando um resultado positivo da intervenção. Para os componentes qualitativos, optou-se pela análise do discurso do sujeito coletivo, onde observou-se que as ideias centrais (IC) foram coerentes nas 1ª e 3ª fases da pesquisa: organização do serviço, educação permanente em saúde, prática reflexiva e assistência integral. Essas IC coincidiram também com os pontos chaves apontados pelo GO evidenciando que o grupo foi representativo do universo de profissionais da unidade e conseguiu retratar com propriedade a realidade do serviço. Assim, foi possível desenvolver estratégias que tiveram maior chance de obter um resultado positivo. Um processo de mudança foi iniciado e os sujeitos envolvidos comprovaram ser possível transformar a realidade quando a isso se propõem. Essa intervenção foi bem sucedida e, com mobilização contínua sob a forma de educação permanente e adequação da estrutura do serviço, as transformações alcançadas serão mantidas e os pontos que ainda necessitam de atenção serão objeto de reflexão-ação dos sujeitos envolvidos. Considera-se interessante repetir a avaliação após um período mais longo de observação, com o objetivo de verificar se transformações mais significativas necessitariam de mais tempo para sua efetivação.

Palavras-chave: Dor. Unidades de terapia intensiva neonatal. Humanização da assistência. Educação em saúde. Prática profissional.

ABSTRACT

The consensus between care and *praxis* is set nowadays as a major challenge, especially regarding the healthcare area, which holds the prerogative of human's pain and suffering relief. However, some studies results still designs a gap between scientific knowledge concerning pain and the use of evaluation and minimization methods, peculiarly in the neonatal period. Ensuring quality care coupled with continuing education may be considered a strategy for reflective practice, achieving the necessary transformation. Therefore, this research was outlined to evaluate the effectiveness of an educational intervention in the practice of pain management in a neonatal intensive care unit. An interventional study has been done, with effectiveness evaluation, and then developed amongst three steps. In Stage 1, with 70 participants, two studies were conducted: a quantitative (cross-section type), and a qualitative one, seeking factors that interfere with the management of neonatal pain, from the perspective of healthcare professionals. At the 2nd stage (intervention), an action research was held by an Operational Group (OG). After identifying the main factors that interferes in the management of neonatal pain, the OG defined strategies for the elaboration of a specific protocol and educational actions proper to the professionals, so the transformation of the reality might be possible. In Step 3, with 60 participants, the effectiveness of the intervention was assessed through quantitative and qualitative studies. 84,8% of the professionals with complete tertiary education and 85,2% of the professionals with complete secondary education have participated in the training. Those participants reported some change regarding the practice of pain management in the unit (84,9% and 70,4%, respectively). 93,9% and 74,1% of the professionals with tertiary and secondary education, respectively, reported using pain assessment scales and methods to its relief in most of the procedures. The training participation enabled them to an evaluation of the service, demonstrating a positive intervention outcome. Concerning qualitative components, the analysis of collective report was chosen, where it was observed that the main ideas (MI) were consistent at the first and third phases of the study: service organization, continuing health education, reflective practice and full assistance. Those main ideas are also related with key points highlighted by OG, showing that the Operative Group was representative concerning the professional group and properly managed to design the service reality. Hence, strategies that were more likely to get a positive result have become possible. A transformation process was initiated, and especially those involved proved the service reality might be changed when the professionals are interested in its improvement. This intervention was successful and, with continued mobilization through continuing education and service structure adaptation, the modifications achieved will be maintained and the gaps requiring attention will certainly be a reflection-action of the professionals involved in that environment. It is important to repeat the assessment after a longer observation period, aiming to verify if some significant transformations would require more time for its effectiveness.

Keywords: Pain. Neonatal intensive care unit. Humanization of assistance. Health education. Professional practice.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura - 1	Arco de Maguerez.....	68
------------	-----------------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro - 1	Comparativo entre os diversos tipos de práxis, segundo Vázquez.....	25
Quadro - 2	Ideias centrais - pergunta 1 - 1ª etapa. Manejo da dor neonatal. UTIN-HAM. Recife, 2013.....	63
Quadro - 3	Ideias centrais - pergunta 2 - 1ª etapa. Manejo da dor neonatal. UTIN-HAM. Recife, 2013.....	64
Quadro - 4	Ideias centrais - pergunta 3 - 1ª etapa. Manejo da dor neonatal. UTIN-HAM. Recife, 2013.....	65
Quadro - 5	Ideias centrais - pergunta 1 - 3ª etapa. Manejo da dor neonatal. UTIN-HAM. Recife, 2013.....	72
Quadro - 6	Ideias centrais - pergunta 2 - 3ª etapa. Manejo da dor neonatal. UTIN-HAM. Recife, 2013.....	73

LISTA DE TABELAS

Tabela – 1	Perfil dos profissionais UTIN/HAM. Recife, 2013.....	59
Tabela – 2	Percepção dos profissionais em relação a avaliação e ao manejo da dor na UTI/HAM. Recife, 2013.....	60
Tabela – 3	Percepção dos profissionais sobre utilização de métodos para alívio da dor na UTIN/HAM. Recife, 2013.....	61
Tabela – 4	Tabela 4. Percepção dos profissionais da UTIN/HAM acerca da avaliação e do manejo da dor após a intervenção educativa. Recife, 2013.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS

RN	Recém-nascido
GO	Grupo Operativo
DSC	Discurso do sujeito coletivo
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
SUS	Sistema Único de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
HAM	Hospital Agamenon Magalhães
UNN	Unidade Neonatal
UCI	Unidade de Cuidados intermediários
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTI-PED	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
IC	Ideia Central
VAS	Vias Aéreas Superiores
LCR	Líquido Cefalorraquidiano
PICC	Cateter Central de Inserção Periférica
DT	Drenagem Torácica
IOT	Intubação Orotraqueal Eletiva
VMA	Ventilação Mecânica
TOT	Tubo Orotraqueal
NIPS	<i>Neonatal Infant Pain Scale</i> - Escala de Avaliação de Dor Neonatal
NFCS	<i>Neonatal Facial Coding Scale</i> - Escala de Codificação de Atividade Facial Neonatal
NOB-SUS/96	Norma Operacional Básica do SUS/1996
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
3 MÉTODO.....	33
3.1 Desenho do Estudo.....	33
3.2 Operacionalização do Estudo.....	33
3.2.1 Cenário do Estudo.....	33
3.2.2 Aspectos Éticos.....	34
3.2.3 Problemas Metodológicos.....	34
3.2.4 Sujeitos do Estudo / critérios de inclusão	35
3.2.5 Cálculo Amostral.....	35
3.3 Desenvolvimento do Estudo.....	35
3.3.1 1ª Etapa.....	35
3.3.2 2ª Etapa.....	37
3.3.3 3ª Etapa	41
3.5 Plano de Análise dos Dados.....	42
3.5.1 Componente Quantitativo.....	42
3.5.2 Componente Qualitativo.....	43
4 RESULTADOS.....	45
4.1 Componente Quantitativo.....	45
4.2 Componente Qualitativo.....	63
4.2.1 1ª etapa.....	63
4.2.2 2ª Etapa.....	66
4.2.3 3ª etapa.....	71
5 DISCUSSÃO.....	75
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERÊNCIAS.....	84

APÊNDICES.....	90
APÊNDICE A	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Fase 1..... 91
APÊNDICE B	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Operativo..... 92
APÊNDICE C	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Fase 2..... 93
APÊNDICE D	Questionário Aplicado aos Profissionais Nível Médio..... 94
APÊNDICE E	Questionário Aplicado aos Profissionais Nível Superior..... 99
APÊNDICE F	Formulário de Entrevista Semi-estruturada..... 106
APÊNDICE G	Convite: “Roda de Conversa”..... 107
APÊNDICE H	Termo de Compromisso..... 108
APÊNDICE I	Protocolo de controle da dor nos recém-nascidos na UTI - Neonatal do Hospital Agamenon Magalhães..... 109
APÊNDICE J	Banner..... 120
APÊNDICE L	Questionário Aplicado aos Profissionais Nível Médio – Reavaliação..... 121
APÊNDICE M	Questionário Aplicado aos Profissionais Nível Superior – Reavaliação..... 127
APÊNDICE N	Tabelas da análise pareada..... 135
APÊNDICE O	QUALIQUANTISOFT® - resultados quantitativos - ideia central – <i>baseline</i>..... 139
APÊNDICE P	QUALIQUANTISOFT® - resultados quantitativos - ideia central – reavaliação..... 143
ANEXOS.....	146
ANEXO A	Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Hospital Agamenon Magalhães..... 147
ANEXO B	Dinâmica dos Balões..... 148
ANEXO C	Dinâmica dos Bombons..... 149
ANEXO D	Comprovante de Aceitação para publicação do Artigo Original – JPED..... 150
ANEXO E	Jornal de Pediatria Instruções aos autores..... 151

1 APRESENTAÇÃO

Durante a minha atuação profissional em terapia intensiva neonatal, sempre me chamou a atenção a percepção de que a dor e o desconforto do neonato não motivavam atuação direta e imediata de todos aqueles que lidavam com os bebês de risco. Afinal, parecia haver uma contradição entre o sentimento de que os profissionais dedicados aos cuidados de recém-nascidos (RN) eram necessariamente sensíveis e delicados e a prática diária, na qual era possível a observação de que, muitas vezes, havia certo “esquecimento” da fragilidade do pequeno paciente.

Por ocasião do mestrado, desenvolvemos uma pesquisa que objetivou identificar o manejo da dor neonatal nos diversos serviços do Recife, a qual nos permitiu fazer o diagnóstico da situação nas unidades estudadas. A avaliação realizada através desse estudo pôde demonstrar que a prática médica no manejo da dor do recém-nascido, na cidade, era precária em todos os aspectos: desde a organização dos serviços no sentido da implantação de normas e de rotinas até a atuação individual dos profissionais de saúde no que concerne aos princípios da humanização da assistência (AYMAR, 2008).

Esse inadequado manejo da dor neonatal estaria relacionado a diversos fatores. Dentre eles: fatores individuais dos profissionais (relação médico/paciente e mecanismos de defesa psicológica), fatores profissionais (conhecimento de métodos de avaliação e de alívio da dor) e fatores relacionados ao serviço (comunicação entre os diversos componentes da equipe interdisciplinar/relações de trabalho, existência e cumprimento de normas e de rotinas, ações de educação continuada) (AYMAR; COUTINHO, 2008).

Paralelamente, através de revisão da literatura disponível, observamos que as mudanças necessárias demoram certo tempo para ocorrer, apesar de existirem evidências científicas que apontem para a necessidade de mudanças na prática profissional. Na verdade, vários estudos vêm demonstrando uma lacuna entre o conhecimento científico e a prática profissional, ou seja, entre a *theoria* e a *práxis* (GUINSBURG *et al.*, 1994), (GUINSBURG, 1999), (LAGO *et al.*, 2003), (PRESTES *et al.*, 2005), (THEWISSEN; ALLEGAERT, 2011), (JOHNSTON *et al.*, 2011), (LIMA *et al.*, 2012), (HALL, 2012), (EKIM; OCAKCI, 2012), (LAGO *et al.*, 2013).

Uma harmonia entre teoria e prática configura-se atualmente como um grande desafio, especialmente na saúde, área que possui a prerrogativa de aliviar a dor e o sofrimento humano, cujo cenário deve ser preparado para proporcionar acolhimento e respeito ao seu protagonista - o

paciente. Dessa forma, surgiu a ideia de desenvolver essa pesquisa que teve, como principal motivador, o desejo de transformar uma realidade.

Como minha formação profissional e área de atuação (intensivismo) sempre privilegiaram o aspecto positivista, as chamadas “ciências duras”, senti a necessidade de buscar um método de pesquisa que atendesse aos objetivos do estudo e que, ao mesmo tempo, fosse factível e compatível com a minha forma de pensar e de entender ciência.

Consequentemente, houve (e continua havendo) um longo processo de adaptação a um novo olhar, a uma nova forma, mais flexível e abrangente, de perceber e de buscar entender, de agir e de reagir e, fundamentalmente, de reconhecer e de valorizar os diversos “saberes” que formam o conjunto do conhecimento e da pesquisa.

Portanto, estava claro que, embora sentisse a necessidade de “quantificar” dados, para medir, de forma objetiva, o impacto de uma intervenção, apenas o método quantitativo não seria capaz de responder à pergunta condutora desta pesquisa: “Uma ação educativa para os profissionais de saúde pode conduzir a uma prática reflexiva no manejo da dor em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal?”.

Para tanto, além de um estudo quantitativo de avaliação de efetividade, optamos por desenvolver também uma pesquisa qualitativa a qual permitisse compreender os fatores que interferem na prática profissional, a partir da percepção dos sujeitos do estudo para, então, desenvolver uma estratégia educativa com a possibilidade de alcançar a transformação desejada.

Os enfoques quantitativos e qualitativos foram considerados, durante décadas, como perspectivas opostas as quais não deveriam se misturar. Entretanto, nos últimos anos, observa-se uma tendência à fusão dos dois métodos, “o casamento quali-quant”, objetivando o avanço do conhecimento. Essa união dos dois enfoques é chamada por Denzin de triangulação (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

Além disso, essa fusão dos dois modelos de pesquisa potencializa o desenvolvimento do conhecimento e ambos requerem seriedade, profissionalismo e dedicação. Logo, sendo visões complementares, enriquecem a investigação.

Sampieri e colaboradores (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006) descrevem três modalidades de união dos dois enfoques de pesquisa no mesmo estudo: o modelo de enfoque dominante, o modelo misto e o modelo de duas etapas. No presente estudo, utilizamos o modelo

de duas etapas, no qual primeiro é aplicado um enfoque e depois o outro de maneira quase independente, e os métodos inerentes a cada enfoque são respeitados.

Por conseguinte, ao compreender que o cenário de estudo seria o meu local de trabalho há 13 anos, onde mantenho estreito vínculo com os sujeitos da pesquisa, e que o principal motivador era a transformação de uma realidade, identificamos, na pesquisa-ação, os componentes necessários para alcançarmos o objetivo proposto.

A pesquisa-ação tem como objetivo primordial transformar ou modificar uma situação específica e, para alcançar esse objetivo, a relação entre o pesquisador e o participante é muito próxima, levando a uma produção de saberes que se desenvolvem na ação e pela ação do grupo (DIONE, 2007).

Essa característica permite que a pesquisa-ação seja considerada uma metodologia a qual pretende reduzir a distância entre teoria e prática, uma vez que a estratégia é dupla. De um lado, a pesquisa apoiada em regras metodológicas científicas e, do outro lado, a ação, de caráter prático, a qual pretende alcançar a mudança de uma situação de forma eficaz (DIONE, 2007).

Logo, é uma estratégia metodológica de pesquisa social que agrega várias técnicas de pesquisa com finalidade prática, sempre de modo participativo, resultando em uma proposta efetiva de solução para determinado problema. Além disso, busca resolver ou esclarecer o problema investigado e, registrando todas as atividades intencionais, aumentar o conhecimento do pesquisador sobre o objeto de estudo e favorecer a tomada de consciência dos atores envolvidos (THIOLLENT, 2008).

Assim, foi feita a opção metodológica para a intervenção educativa pretendida. Entretanto, faltava ainda definir o instrumento de desenvolvimento deste estudo.

Portanto, diante das várias opções possíveis, reconhecemos, no Grupo Operativo (GO), uma ferramenta de produção do conhecimento onde os sujeitos são participantes ativos e responsáveis por transformações identificadas como necessárias, a qual se adequava perfeitamente ao nosso estudo.

Para o desenvolvimento dos trabalhos do grupo operativo, a estratégia da problematização apresentou-se como a mais adequada, uma vez que, tendo como ponto de partida a realidade do serviço selecionado, os integrantes poderiam identificar os “nós críticos” e criar hipóteses de solução para aplicar à realidade, visando transformá-la.

A problematização constitui estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o aprendiz, pois, diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas. Além disso, a problematização pode levá-lo ao contato com as informações e à produção do conhecimento, principalmente, com a finalidade de solucionar os impasses e de promover o seu próprio desenvolvimento. Assim, ao perceber que a nova aprendizagem é um instrumento necessário e significativo para ampliar suas possibilidades e caminhos, esse poderá exercitar a liberdade e a autonomia na realização de escolhas e na tomada de decisões (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

Essa estratégia, que visa transformar as situações diárias em aprendizagem através da análise reflexiva dos problemas e da valorização dos processos de trabalho (incluindo toda a equipe, não apenas categorias profissionais isoladamente), constitui o cerne da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

No entanto, após terem sido definidos a metodologia e o instrumento de desenvolvimento, precisávamos ainda definir o plano de análise dos dados qualitativos.

Dentre os vários métodos, foi-me apresentado o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) o qual, talvez por conter, na sua estrutura, o componente quantitativo, tornando-o mais familiar e facilitando o meu ingresso nesse novo mundo e, por se mostrar robusto, foi escolhido para análise dos dados qualitativos.

A metodologia de análise do discurso do sujeito coletivo, junto com o *software* Qualiquantisoft® e QLQT on-line, vem sendo desenvolvida por Lefevre e Lefevre desde o final da década de 1990 na Universidade de São Paulo para as pesquisas de opinião, de representação social ou de atribuição social de sentido, as quais tenham, como material de base, depoimentos ou outro material verbal (GONDIM; FISHER, 2009), (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010).

Pode também ser aplicada nos estudos da área de saúde como alternativa de enfrentamento dos problemas relativos à análise de material qualitativo e à análise quantitativa de pesquisas de opinião. O DSC tem como base teórica de sustentação metodológica a Teoria das Representações Sociais e é considerado parte dessas representações (GONDIM; FISHER, 2009), (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010).

Consiste numa série de operações sobre a matéria-prima dos depoimentos individuais resultando, ao final do processo, em depoimentos coletivos. Isso se baseia na ideia de que, se, em qualquer sociedade, os indivíduos compartilham opiniões, crenças ou representações, ou seja, se

os sentidos dos depoimentos podem ser semelhantes, os conteúdos desses sentidos também podem ser agrupados por semelhança (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010).

É, dessa forma, um método essencialmente **qualiquantitativo** no qual é preservada a natureza discursiva e qualitativa da opinião ou da representação e a dimensão quantitativa dela, associada à representatividade ou à generalização dos resultados (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010).

Assim, apresento esse estudo, em continuidade à pesquisa desenvolvida por ocasião do mestrado, a qual evidenciou ser urgente e necessária uma intervenção com o objetivo de sensibilizar os profissionais envolvidos nos cuidados aos neonatos de risco, para que ocorram mudanças na prática diária com o comprometimento, com a qualidade e com a humanização da assistência neonatal.

A presente tese de doutorado, cujo objetivo foi avaliar a efetividade de uma ação educativa sobre o manejo da dor em uma unidade de terapia intensiva neonatal, vinculada à linha de pesquisa Estudos da Morbimortalidade da Criança da Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco, inclui cinco capítulos:

- a) o primeiro fundamenta-se em uma revisão da literatura, com o objetivo de apresentar as bases teóricas que sustentaram o estudo;
- b) o segundo capítulo consiste no detalhamento do método da pesquisa e na sua operacionalização;
- c) o terceiro apresenta os resultados da pesquisa, sendo o componente quantitativo na forma de Artigo Original submetido ao Jornal de Pediatria (JPED), já aceito para publicação;
- d) o quarto retrata a discussão à luz das bases teóricas apresentadas no primeiro capítulo;
- e) por fim, são apresentadas as considerações finais da tese e as recomendações para o enfrentamento do problema estudado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Desde a 16ª semana de gestação, a transmissão da dor, a partir de receptores periféricos até o córtex, é possível e tem seu desenvolvimento completado após a 26ª semana. Assim, o feto é capaz de sentir dor a partir desse estágio. Entretanto, é importante registrar que os mecanismos inibitórios e moduladores da dor só se desenvolverão após o nascimento, fazendo com que o organismo imaturo seja ainda mais sensível aos estímulos dolorosos (GLOVER; FISK, 1999), (LEE *et al.*, 2005), (SIMONS; TIBBOEL, 2006).

Durante o período neonatal, há um rápido crescimento e desenvolvimento cerebral. Por isso, a ocorrência de dor e de estresse repetido, nessa fase da vida, pode levar a um desenvolvimento alterado do sistema de dor, associado à diminuição do seu limiar, além de alterações na estabilidade respiratória, cardiovascular e metabólica (GUINSBURG, 1999), (WOLFF, 1999), (GUINSBURG, 2001), (GASPARDO; LINHARES; MARTINEZ, 2005), (SIMONS; TIBBOEL, 2006), (VAN de VELDE *et al.*, 2006), (SILVA; SILVA; BARBOSA, 2006), (MARCUS, 2006), (GRUNAU; HOLST; PETERS, 2006).

Diversos estudos mostram que o estímulo doloroso, repetitivo ou prolongado, em fases precoces da vida, pode levar a alterações no sistema nervoso central em formação, com consequências durante a infância e, possivelmente, na vida adulta. Por conseguinte, a dor prolongada persistente ou repetitiva induziria a mudanças fisiológicas e hormonais que modificariam os mecanismos moleculares neurobiológicos. Assim, sugere-se que o recém-nascido grave e, por meio dos sentidos, lembre-se da dor, sem necessariamente registrá-la cognitivamente, ou seja, haveria uma memória fisiológica implícita do fenômeno doloroso (WOLFF, 1999), (GUINSBURG, 2001), (SIMONS; TIBBOEL, 2006), (MARCUS, 2006), (GRUNAU; HOLST; PETERS, 2006).

Além disso, mudanças nas conexões neurais poderiam contribuir para a “síndrome da dor crônica”, na qual os conhecimentos a respeito dos mecanismos biológicos da dor ainda não são suficientes para a sua compreensão, e fatores psicológicos e sociais produziram um comportamento de doença anormal, caracterizado por uma desproporção entre sinais objetivos escassos, queixas exacerbadas e alegação de incapacidade por parte do paciente (WOLFF, 1999), (GUINSBURG, 2001), (SIMONS; TIBBOEL, 2006), (MARCUS, 2006), (GRUNAU; HOLST; PETERS, 2006).

Os avanços tecnológicos, desenvolvimento de novas drogas, estabelecimento de rotinas nos vários aspectos relacionados ao manejo do paciente criticamente enfermo são fatores que, associados às evidências científicas assim como a um maior acesso à informação atualizada e adequada por parte dos profissionais da área, levam a uma considerável melhora nos serviços.

Esses avanços alcançados nas diversas áreas do conhecimento nas últimas décadas vêm possibilitando a identificação precoce de doenças da gestação e do feto, levando à necessidade de uma melhor estruturação do sistema de saúde.

No estado de Pernambuco, com a criação de unidades de referência para o atendimento à gestante de alto risco e da Central Reguladora de Leitos do estado em 2002, houve também uma maior demanda de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Um estudo realizado, com o objetivo de descrever e de avaliar o manejo da dor no recém-nascido pelos neonatologistas assim como a utilização de analgesia sistêmica em unidades de terapia intensiva neonatal na cidade do Recife, encontrou normas e rotinas escritas em duas das cinco unidades públicas estudadas, a despeito do fato de quatro dessas possuírem programa de residência médica para formação de pediatras e de neonatologistas credenciados pelo Ministério da Educação (AYMAR, 2008).

Além disso, constatou a utilização de métodos validados para avaliação da dor no período neonatal em apenas dois, entre os trezentos prontuários analisados. O uso de analgesia sistêmica para recém-nascidos, especialmente prematuros com situações reconhecidamente dolorosas foi muito baixo em todas as unidades de terapia intensiva estudadas, tendo sido administrado analgésico em apenas metade dos pacientes submetidos à drenagem torácica, menos de 50% dos pacientes durante o período pós-operatório e cerca de 15% dos bebês em ventilação mecânica invasiva (AYMAR, 2008).

Uma análise complementar desta pesquisa consistiu na aplicação de um questionário, aos neonatologistas que atuavam nas unidades estudadas, com perguntas referentes ao conhecimento e à prática no manejo da dor neonatal. Encontrou-se grande discordância entre as respostas obtidas e a prática observada. A prescrição de analgesia sistêmica no período pós-operatório, por exemplo, foi referida por 88,4% dos neonatologistas, porém foi verificada em apenas 42,4% dos pacientes. Para neonatos com diagnóstico de enterocolite necrosante (situação reconhecidamente dolorosa), 54% dos profissionais referiram prescrever analgesia sistêmica, no entanto 88,2% dos

pacientes com o diagnóstico não receberam nenhuma dose de analgésico durante a fase aguda da doença (MAIA; COUTINHO, 2011).

Estudo qualitativo realizado em três unidades de terapia intensiva neonatal de São Paulo, com o objetivo de verificar o processo de avaliação e de identificar os fatores que podem interferir na prevenção e no tratamento da dor, concluiu que a sensibilização dos profissionais na avaliação do paciente favorece o tratamento da dor nas unidades e que a sua prevenção depende dos recursos humanos que atuam nos serviços (VIANA; DUPAS; PEDREIRA, 2006).

Os resultados de alguns estudos ainda demonstram uma lacuna entre o conhecimento científico a respeito da **dor neonatal**, como também suas consequências, e a utilização de métodos para sua avaliação e para seu tratamento (GAIVA; DIAS, 2002), (GUINSBURG *et al.*, 2003), (CASTRO *et al.*, 2003), (PRESTES *et al.*, 2005), (HENNING; GOMES; GIANINI, 2006), (CARBAJAL *et al.*, 2008), (JOHNSTON *et al.*, 2011), (THEWISSEN; ALLEGAERT, 2011), (HALL, 2012), (LIMA *et al.*, 2012), (LAGO *et al.*, 2013).

Essa condição tem sido relacionada à ausência de protocolos de avaliação e de tratamento da dor nos serviços, ao desconhecimento teórico sobre a sua fisiopatologia assim como aos métodos de avaliação e de alternativas terapêuticas instituídas por parte dos profissionais envolvidos com os cuidados ao neonato de risco (HARRISON; LOUGHNAN; JOHNSTON, 2006), (GRAY *et al.*, 2006), (HEATON; HERD; FERNANDO, 2007), (FOSTER *et al.*, 2013).

Além disso, como está referido na literatura, a existência de publicações científicas a respeito do tema demora a ocasionar mudanças nas práticas clínicas (HARRISON; LOUGHNAN; JOHNSTON, 2006), (GRAY *et al.*, 2006), (HEATON; HERD; FERNANDO, 2007), (FOSTER *et al.*, 2013).

Assim, vários estudos vêm demonstrando uma lacuna entre o conhecimento científico e a prática profissional, ou seja, entre a *theoria* e a *práxis* (GUINSBURG *et al.*, 1994), (GUINSBURG, 1999), (LAGO *et al.*, 2003), (PRESTES *et al.*, 2005), (LIMA; CARMO, 2010).

Etimologicamente o termo “*práxis*” provém da Grécia Antiga e significava a ação realizada. Além disso, representava a ação moral propriamente dita. Tal ação era vista por Aristóteles como uma atividade ética e política, o que a diferenciava de um exercício meramente laborativo, a *poiésis*, que era a produção material, a produção de objetos. Tanto a *práxis* como a *poiésis* exigiam conhecimentos especiais, adequados à efetivação de cada uma delas que, para serem úteis, ficavam sendo conhecimentos limitados. Assim, Aristóteles concebeu um terceiro

tipo de atividade cujo objetivo único era a busca da verdade: a *theoria*. Existiam, então, três atividades humanas fundamentais: a *práxis*, a *poiésis* e a *theoria* (VÁSQUEZ, 2007).

Segundo Vázquez, a *práxis* é a ação do homem sobre a matéria e criação, através dela, de uma nova realidade. Então, pode-se falar de diferentes níveis de *práxis* de acordo com o grau de penetração da consciência do sujeito ativo no processo prático e com o grau de criação ou de humanização da matéria transformada, destacando o produto de sua atividade prática. Assim, ele classifica a *práxis* em quatro níveis: criadora, reiterativa (ou imitativa), reflexiva e espontânea (VÁSQUEZ, 2007). Quadro 1.

Quadro 1. Comparativo entre os diversos tipos de práxis, segundo Vázquez.

Práxis criadora	Práxis reiterativa	Práxis espontânea	Práxis reflexiva
<p>É determinante, pois possibilita enfrentar novas necessidades, situações, criando novas soluções;</p> <p>estabelece-se pelo diálogo constante entre o "problema" e suas soluções; não implica modelos prévios, o "caminho se constrói ao andar"; seu caráter é processual;</p> <p>supõe uma íntima relação entre as dimensões subjetivas e objetivas; entre o "planejado", "pensado" e o "executado", "realizado";</p> <p>é sempre única, irrepetível.</p>	<p>Opera a partir da "reiteração", da "imitação" e não da criação;</p> <p>supõe a transposição de modelos forjados na práxis criadora; a adoção de modelos implica ruptura, todavia com o contexto de sua criação, daí que essa práxis pode assumir um caráter mecânico, repetitivo, desprovido de sentido;</p> <p>supõe uma ruptura entre as dimensões subjetivas e objetivas; entre o "pensado" e o "realizado".</p> <p>É reiteração, imitação, por isso repetível.</p> <p>Por implicar a generalização do já criado, pode funcionar tanto positivamente – multiplicação deste, como negativamente, como inibição da criação.</p>	<p>Relaciona-se ao grau de consciência envolvida na atividade prática.</p> <p>Na práxis espontânea, a consciência envolvida na atividade é pequena, quase inexistente.</p> <p>Todavia, nem sempre em uma atividade repetitiva, mecânica, podemos dizer que há predomínio da práxis espontânea.</p>	<p>Refere-se a um elevado grau de consciência envolvido na atividade prática.</p> <p>Supõe a "reflexão sobre a prática".</p> <p>É consciência da práxis.</p> <p>Tem caráter transformador.</p>

Fonte: <http://moodle3.mec.gov.br/ufms/file.php/1/gestores/vivencial/pdf/praxis.pdf>

Freire diz que é necessário não só conhecer o mundo; é preciso transformá-lo. Conhecer, para Freire não é um ato passivo do homem frente ao mundo, é antes de tudo conscientização, envolve intercomunicação, intersubjetividade, que pressupõe a educação dos homens entre si intermediados pelo mundo, tanto pela natureza como pela cultura (FREIRE, 2005).

Portanto, a prática não pode ater-se à leitura descontextualizada do mundo. Ao contrário, vincula o homem nessa busca consciente de ser, de estar e de agir no mundo em um processo que se faz único e dinâmico. Sobre esse conceito, diz Freire: "[...] a práxis, porém, é reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo". Dessa forma, quanto mais o homem for capaz de refletir sobre a sua realidade e sentir-se inserido nela, maiores condições ele terá de agir, comprometendo-se, assim, em transformá-la (FREIRE, 2005).

O conceito de *práxis* constitui-se, como apresenta Vásquez, em atividade pensada, organizada. Ao que Paulo Freire afirma, “A *práxis*, porém, é reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo. Sem ela, é impossível a superação da contradição opressor-oprimidos.” (VÁSQUEZ, 2007), (FREIRE, 2005).

Para Nunes (NUNES, 2008), é pelo agir que o homem torna-se um ser ético e lhe possibilita organizar hierarquicamente a vida e a ação de acordo com uma norma que retira da energia de seu próprio ser, da sua natureza de ser pessoa. Assim, cada qual delineia o seu percurso existencial, autodefinindo-se e transformando-se, aos poucos, na pessoa que deseja ser. Logo, essa construção influencia na tomada de suas decisões.

Segundo Zuccaro (ZUCCARO, 2003), normalmente, a tomada de decisão não é realizada apenas com base em conjecturas teóricas, mas se apoia principalmente nas vivências passadas e nas marcas que elas deixaram no indivíduo também no plano emocional, apresentando-se sempre com os traços de uma forte carga existencial.

Apesar do alívio da dor ser um dos princípios básicos da medicina, além de envolver questões éticas e humanitárias, a analgesia não é uma prática rotineira em unidades de terapia intensiva neonatal, embora estejam disponíveis atualmente vários guias práticos e consensos a respeito do manejo da dor no neonato de risco.

As informações reveladas na literatura sugerem que, na prática clínica, não há o cumprimento da Resolução dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado, publicada no Diário Oficial da União em 17 de outubro de 1995, que assegura em seu item 7: “[...] o direito a

não sentir dor, quando haja meios para evitá-la”, apesar de existir essa garantia legal (CONANDA, 1995).

Por conseguinte, surge a questão: se não existem dúvidas quanto à capacidade do recém-nascido de sentir dor e de seus efeitos a curto, a médio e a longo prazo e se já existem conhecimentos teóricos difundidos, por que o manejo da dor neonatal não é adequado nos diversos serviços dos vários centros já estudados? Ou: por que há um distanciamento entre o que se sabe e o que se pratica?

A Humanização da Assistência pode ser considerada como uma estratégia para a mudança necessária nas terapias intensivas neonatais, aproximando o conhecimento científico à prática profissional. A garantia da humanização do cuidado perpassa pela capacitação e pela sensibilidade dos profissionais na percepção dos sinais dolorosos expressos pelos RN.

Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004, p.6).

Ao longo do tempo, notadamente após a criação e a aprovação pela Constituição Federal do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, ocorreram inúmeros avanços no campo da saúde pública brasileira, como a descentralização e a regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação dos níveis de universalidade, de equidade e de integralidade – princípios básicos do SUS – além do controle social (BRASIL, 2004).

Entretanto, esses avanços convivem com problemas em diversas áreas como, por exemplo: a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho (interferindo negativamente nas relações entre os profissionais da saúde e entre estes e os usuários, fragilizando o trabalho em equipe); a falta de preparo para lidar com as questões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção; a desvalorização dos trabalhadores de saúde; os conflitos das relações de trabalho; o baixo investimento em educação permanente desses trabalhadores; a pouca participação destes na gestão dos serviços (BRASIL, 2004).

De forma geral, observa-se um baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, diminuindo a possibilidade de um processo crítico e de comprometimento com as práticas de saúde e com os

usuários. Não há valorização nem inclusão dos trabalhadores e dos usuários no processo de produção de saúde, propiciando o desrespeito aos seus direitos (BRASIL, 2004).

Usualmente, a atenção é baseada na relação queixa-conduta, automatizando-se o contato entre trabalhadores e usuários, prevalecendo o olhar sobre a doença. Agravando essa situação, há o modelo de formação dos profissionais de saúde que se mantém distante do debate e da formulação das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004).

Diante da necessidade de iniciar um debate sobre os modelos de gestão e de atenção, da formação dos profissionais de saúde e do modo como o controle social vinha sendo exercido, foi proposta em 2004, pelo Ministério da Saúde, a **Política Nacional de Humanização** (PNH) (BRASIL, 2004).

Como política transversal, a PNH deve ser entendida como um conjunto de princípios e de diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas várias instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva. Deve-se também se fazer presente nos princípios e no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS (BRASIL, 2004).

Tem como fundamentos aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, a produção da saúde e a mudança na cultura da atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2004).

Segundo Pedroso (2009), transversalizar é colocar os saberes e as práticas de saúde no mesmo plano de comunicação, desestabilizando as fronteiras dos saberes, territórios de poder e formas estabelecidas das relações de trabalho, para produção de um plano comum. Logo, o princípio da transversalidade propõe o diálogo entre os limites do saber e do poder, criando novas formas de se produzir saúde. Afinal, não se sustenta na separação de quem elabora daquele que executa nem se resume a uma prática horizontal que se dá entre iguais (PEDROSO; VIEIRA, 2009).

Essa “prática horizontal” se exemplifica no distanciamento entre as categorias profissionais, modelo a ser enfrentado nas diferentes instâncias do SUS, desde a formação do profissional de saúde, à sua atuação na gestão e na atenção, até aos papéis atribuídos a esses profissionais pela sociedade (PEDROSO; VIEIRA, 2009).

Para Pedroso (2009), é necessário que haja compromisso institucional, individual e coletivo no sentido de criar alternativas, em um esforço permanente de cogestão e de corresponsabilidade para alcançar resultados cada vez melhores para o sistema de saúde como um todo. Nesse processo de cogestão para o planejamento, para a execução, para o monitoramento e para a avaliação, os gestores deixam de ser autoridade única, e os trabalhadores devem abandonar a condição de omissos/submissos, passando a responder em conjunto pelas falhas e pelas deficiências do serviço (PEDROSO; VIEIRA, 2009).

A PNH foi idealizada, entendendo a saúde como “valor de uso”, buscando estabelecer, na atenção, o vínculo com os usuários, a garantia dos direitos destes e de seus familiares, mas também visando propiciar melhores condições para que os profissionais de saúde efetuem seu trabalho de forma digna (BRASIL, 2004).

A humanização supõe “troca de saberes” (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe, ou seja, produção de construções coletivas, que suponha mudança pelos encontros entre seus componentes (BRASIL, 2004, p. 8).

O Ministério da Saúde, ao implementar a PNH, buscou consolidar quatro marcas específicas (BRASIL, 2004, p. 10):

- Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco.
- Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial;
- As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS;
- As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários assim como educação permanente aos trabalhadores.

Entre outras preocupações, destaca-se a importância da educação permanente para os trabalhadores da saúde. Afinal, é necessário investimento na formação dos profissionais de saúde,

visando, além da capacitação técnica, a atitudinal para que se possa alcançar a integralidade do cuidado.

[...] Art. 200 - Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.

(BRASIL, 1988).

No momento da criação do SUS, foi-lhe atribuída a competência de ordenar a formação na área da Saúde. Sendo assim, as questões da educação na saúde fazem parte das atribuições do sistema. Com o objetivo de efetivar essa tarefa, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo várias estratégias e políticas voltadas para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS. Assim, em 2004, foi criada, por portaria, a **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** (PNEPS) (BRASIL, 2009).

O enfoque na educação permanente foi uma opção por representar uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços, uma vez que as capacitações no “modelo escolar” nem sempre alcançam os resultados esperados. Em alguns casos, produz-se aprendizagem individual, mas que não se transfere para a ação coletiva. No modelo da capacitação, geralmente se pretende modificar/incorporar determinadas rotinas de trabalho, não se preocupando com a possível necessidade de uma revisão das práticas (BRASIL, 2009).

A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), difundiu uma nova proposta de ensino-aprendizagem, a qual visa facilitar o reconhecimento do adulto como sujeito de educação e ampliar os âmbitos de aprendizagem em contextos comunitários e de trabalho. Nesse novo modelo, pretende-se transformar as situações da vida diária em aprendizagem, através da análise reflexiva dos problemas práticos e da valorização do processo de trabalho (BRASIL, 2006). Segundo Davini:

O enfoque da Educação Permanente, ao contrário, representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Supõe inverter a lógica do processo:

- incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem;
 - modificando substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer;
 - colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores;
 - abordando a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar;
 - ampliando os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias
- (BRASIL, 2006, p 44).

Esse modelo, que valoriza o processo de trabalho, envolve a participação de toda a equipe interdisciplinar, incluindo todos os funcionários dos serviços sejam médicos, enfermeiros, pessoal administrativo e todas as demais categorias profissionais (BRASIL, 2006).

A Educação Permanente no Serviço é o enfoque educacional reconhecido como sendo o mais apropriado para produzir as transformações nas práticas e nos contextos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipes e a capacidade de gestão sobre os próprios processos locais.

(BRASIL, 2006).

A educação permanente, partindo da aprendizagem significativa, sugere transformação das práticas profissionais baseada na reflexão crítica de profissionais em ação na rede de serviços. Dessa forma, o modelo de qualificação do pessoal da saúde deve ser estruturado a partir da problematização do seu processo de trabalho, objetivando a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, partindo das necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (BRASIL, 2009).

De acordo com Ceccim (2004), para o sistema de saúde brasileiro, o controle social significa: “...direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde.” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43).

A formação para a área da saúde deve ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43)

Enquanto a educação continuada baseia-se no repasse e no acúmulo de informações além de ter os serviços de saúde como cenário de práticas para aplicação das teorias, a educação permanente parte do cenário e, recriando a teoria necessária através da problematização, recria a própria prática (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Ceccim (2004) afirma que “É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho que são identificadas as necessidades de qualificação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 50).

De acordo com Feuerwerker (2007), o cuidado recebido pelo paciente hospitalizado é fruto de grande número de pequenos cuidados parciais, os quais vão se complementando, através da interação entre os vários sujeitos que atuam no serviço. Assim, uma série de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes (num processo de complementação e disputa) compõe o cuidado em saúde. Dessa forma, a articulação das práticas dos diversos profissionais confere maior ou menor integralidade à atenção produzida (FEUERWERKE; CECÍLIO, 2007).

Logo, a coordenação dessa rede fragmentada de cuidadores individuais, resultando em um cuidado eficaz e integral, constitui-se em um desafio para os gestores dos serviços. Além disso, a integralidade do cuidado perpassa pela integração em rede dos inúmeros serviços de saúde, cada um atendendo a necessidades específicas (FEUERWERKE; CECÍLIO, 2007).

O processo comprometido com a educação permanente precisa produzir nos profissionais, no seu cotidiano de produção do cuidado, transformações da sua prática, produzindo capacidade de problematizar a si mesmo no agir, e isso consiste em um grande desafio (MERHY, 2005).

Trazer a Educação Permanente em Saúde como atribuição do SUS coloca em evidência o trabalho da saúde, o qual requer profissionais que aprendam a aprender, práticas cuidadoras, controle social atuante, compromissos dos gestores com a integralidade da assistência, além das práticas concretas de cuidado às pessoas e às coletividades, no ensino e na produção de conhecimento (CECCIM, 2005).

3 MÉTODO

A seguir, descrição do método utilizado para o desenvolvimento da pesquisa:

3.1 Desenho do Estudo

Estudo de intervenção desenvolvido na modalidade de pesquisa-ação, com avaliação da efetividade do tipo antes e depois, realizado em três etapas.

3.2 Operacionalização do Estudo

Descrição detalhada da operacionalização do estudo:

3.2.1 Cenário do Estudo

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Agamenon Magalhães (HAM). Localizado na cidade do Recife/PE, é uma unidade para o atendimento interno (aquela cujos pacientes admitidos nasceram no próprio serviço), de referência para atendimento à gestante de alto risco, usuária do Sistema Único de Saúde do estado, sendo a sua demanda regulada pela Central de Regulação de Leitos da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Dessa forma, a UTIN-HAM atende pacientes provenientes de todo o estado, não apenas da Região Metropolitana do Recife.

A unidade participante da pesquisa registrou o total de 3.433 nascidos vivos, durante o ano de 2011, correspondendo a 2,4% dos 141.886 nascimentos do Estado, segundo dados da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (PERNAMBUCO, [sd]).

A Unidade Neonatal (UNN) do Hospital Agamenon Magalhães dispõe atualmente de:

- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com 16 leitos.
- Unidade de Cuidados intermediários (UCI) com 15 leitos.
- Alojamento Conjunto com 48 leitos.
- Alojamento Canguru com 10 leitos.

- Profissionais que atuam na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (quadro atual):
médicos = 27 (diaristas 04 / plantonistas 22 / cirurgião pediátrico 01);
fisioterapeutas = 06; enfermeiros = 13; técnicos de enfermagem = 33 (funcionários do serviço, lotados na UTIN-HAM).

A Unidade Neonatal do Hospital Agamenon Magalhães não possui programa de residência médica credenciada pelo Ministério da Educação para formação de pediatras, entretanto recebe estudantes de medicina, de enfermagem e de fisioterapia durante internato e estágios curriculares e extracurriculares.

3.2.2 Aspectos Éticos

Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães, sob o número 280, CAAE-0173.0.236.000-10 (Anexo A).

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora após procedimentos éticos formais, em que foi apresentado e colocado em discussão o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), Apêndices A, B e C, formalizando a concordância do sujeito em participar do estudo e o comprometimento da pesquisadora em manter o anonimato dos participantes.

Para a caracterização da unidade foi realizada uma entrevista com a chefia da unidade.

3.2.3 Problemas Metodológicos

É possível que tenha ocorrido o efeito Hawthorne, ou seja, a possibilidade de que a realização da pesquisa, com atenção voltada para os profissionais e para suas opiniões, tenha influenciado as respostas obtidas (PEREIRA, 2005).

Além disso, foi realizada uma avaliação de serviço, fato que pode justificar inconsistências nas informações por parte dos sujeitos envolvidos, por receio quanto a consequências negativas para o desempenho de suas funções.

3.2.4 Sujeitos do Estudo / critérios de inclusão

Foram convidados a participar todos os profissionais que atuam nos cuidados diretos aos recém-nascidos: neonatologistas, fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, diaristas e/ou plantonistas da unidade de terapia intensiva neonatal do serviço, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, para cada fase da pesquisa.

Foram incluídos na 1ª e 3ª fases assim como na composição do Grupo Operativo, apenas os profissionais com vínculo efetivo na UNN.

3.2.5 Cálculo Amostral

Não foi necessário cálculo amostral, pois foram convidados a participar todos os profissionais que atuam nos cuidados diretos ao recém-nascido na UTIN do estudo.

3.3 Desenvolvimento do Estudo

Estudo desenvolvido em três etapas:

3.3.1 1ª Etapa - período: setembro a novembro de 2011.

Nessa etapa, foram realizados dois estudos distintos:

- a) um estudo quantitativo do tipo transversal, para identificar o manejo da dor na unidade de terapia intensiva selecionada, realizado através da aplicação de um questionário aos profissionais;
- b) um estudo qualitativo para conhecer, a partir da perspectiva dos profissionais de saúde, os fatores que interferem na sua prática no manejo da dor neonatal, com a finalidade de nortear a ação educativa da segunda etapa. As informações foram colhidas através de entrevista gravada com os profissionais da unidade.

Componente Quantitativo:

Questionário aplicado aos profissionais (Apêndices D e E)

a) variáveis:

- *dados pessoais*: idade; sexo; nº. de filhos; história de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) - do profissional e/ou familiar de primeiro grau; história de dor crônica - do profissional e/ou familiar de primeiro grau; prática religiosa;
- *dados profissionais*: profissão e tempo de formação; nível de especialização/pós-graduação; atividade docente; tempo de atuação; jornada e regime de trabalho em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-PED) e na UTIN-HAM;
- *dados relativos à dor*: visão dos profissionais acerca do manejo da dor na UTIN do serviço, considerando conhecimento e utilização de métodos de avaliação e de alívio da dor em neonatos.

Componente Qualitativo:

Foi realizado um estudo piloto para avaliação da adequação das questões norteadoras ao objeto do estudo. Posteriormente, foi realizada entrevista gravada com todos os profissionais da unidade que aceitaram participar do estudo.

A entrevista, utilizando roteiro semiestruturado (Apêndice F), foi conduzida a partir de três questões norteadoras:

1. *O que você acha que dificulta o reconhecimento e a ação dos profissionais no tratamento da dor na UTI Neonatal do HAM?*
2. *O que você acha que poderia ajudar os profissionais desta UTI a reconhecer e agir quando um recém-nascido está com dor?*
3. *Para você, o que significa o termo: “humanização da assistência”?*

Os dados obtidos dessa entrevista foram o eixo norteador para o trabalho do Grupo Operativo.

3.3.2 2ª Etapa

PASSO 1:

Roda de Conversa:

Foi realizada uma “*Roda de Conversa*” em que foram discutidos os resultados de uma pesquisa realizada anteriormente, com o objetivo de sensibilizar os profissionais e convidá-los para a formação de um Grupo Operativo. Esse encontro foi realizado no auditório do Hospital Agamenon Magalhães.

Os profissionais foram convidados a participar através de email e avisos afixados (Apêndice G) nos livros de ocorrência e quadros de avisos da UNN, além de convites diretos em encontros ocasionais com profissionais do serviço. Além disso, foram convidados os técnicos de laboratório responsáveis pela coleta dos exames da UTIN (dois profissionais). As chefias correspondentes foram envolvidas e participaram da divulgação.

Participaram desse encontro 15 profissionais, sendo quatro médicos, dois enfermeiros, dois fisioterapeutas, cinco técnicos de enfermagem e dois técnicos de laboratório, além da Gerente da Unidade Neonatal.

Nessa ocasião foi, inicialmente, realizada uma dinâmica de grupo “Dinâmica dos balões” (Anexo B), com o objetivo de acolher os participantes, esclarecendo que se trataria de um “momento de troca”, informal, e que a participação de todos seria valiosa.

- Destaque para o relato dos participantes sobre os sentimentos despertados durante a dinâmica: o participante que foi retirado no início expôs ter se sentido excluído, “ficou triste”. Uma participante que ficou até o final relatou ter ficado cansada e, à medida que as pessoas se retiravam, pensou em sair também, mas ficou acanhada e permaneceu até o término, pensando que as outras pessoas haviam se retirado por egoísmo (não havia observado que elas estavam sendo retiradas) e “ficou chateada”.

A seguir, foi realizada uma apresentação dialogada sobre o tema, enfatizando as consequências da dor e do estresse no período neonatal com destaque para a humanização da assistência. Foram também apresentados alguns resultados da pesquisa “**Manejo da dor e uso de analgesia sistêmica em neonatologia**” (AYMAR, 2008), a qual incluiu a UTIN-HAM. Logo

após, foi apresentado o projeto dessa pesquisa, detalhando as fases que seriam desenvolvidas no serviço e, ao final, foi realizado o convite para a participação no Grupo Operativo.

Após alguns participantes se voluntariarem para a formação do Grupo Operativo, foi definida a data e o horário da primeira reunião.

PASSO 2:

Grupo Operativo:

Foram utilizadas metodologias ativas no processo de ensino aprendizagem, através de situações-problema reais vivenciadas pelos participantes do GO, com o objetivo de desencadear discussões e de identificar os fatores, relacionados aos profissionais e ao serviço, que influenciam no manejo da dor neonatal. A partir dessa interação, os participantes do grupo definiram estratégias para melhores práticas no manejo da dor neonatal.

Ao final, as atividades do grupo operativo foram avaliadas pelos participantes.

Posteriormente, foram implantadas as estratégias, definidas e planejadas pelo grupo operativo.

Composição do Grupo Operativo:

- Mediador – pesquisadora;
- Relator – componente do grupo escalado na primeira reunião;
- Observador externo – profissional externo a equipe da UTIN - com experiência prévia em GO;
- Demais participantes;
- Atividades do grupo operativo:
 - Local: auditório do Hospital Agamenon Magalhães
 - Frequência: semanal
 - Duração: definida de acordo com a necessidade do grupo.

PASSO 3:

Apresentação dos produtos do GO para as coordenações da UNN e assinatura do Termo de Compromisso (Apêndice H) entre as coordenações e a pesquisadora, com o objetivo de assegurar a implantação do **Protocolo de Manejo da Dor Neonatal** (Apêndice I) e a realização

da sensibilização/capacitação de todos os funcionários da UNN diretamente relacionados aos cuidados dos RNs, conforme deliberações do GO.

PASSO 4:

Definição das estratégias de sensibilização/capacitação dos funcionários da UNN. Foi apontada a necessidade de sensibilizar/capacitar todos os funcionários da UNN e não apenas os que atuam na UTIN.

Durante as discussões, chegou-se à conclusão de que não seria proveitoso marcar uma apresentação do protocolo para a equipe, pois, provavelmente, não haveria interesse nem participação da maioria dos funcionários. Assim, decidiu-se criar uma estratégia para visitar todos os plantões, nos horários de trabalho.

Foi escolhido, para o plantão diurno, o horário das 14:00 horas e, para o noturno, o horário das 20:00 horas, de acordo com a rotina do serviço.

As atividades foram divididas em dois encontros com duração de uma hora cada, para cada grupo de profissionais. Como as equipes foram abordadas em horário de trabalho, foi necessário dividir em dois subgrupos, possibilitando que metade da equipe participasse da capacitação enquanto a outra metade assumisse a assistência aos pacientes. No encontro seguinte, houve revezamento dos subgrupos. Assim, foram agendados 24 encontros, contemplando toda a equipe da UNN do HAM. Foram também convidados os funcionários do laboratório responsáveis pela coleta de material para exames da UNN.

Como havia sido apontada uma dificuldade nas relações interpessoais, principalmente no tocante ao trabalho em equipe, o GO decidiu fazer, no início de cada primeiro encontro, uma dinâmica que levasse à reflexão da importância do trabalho em equipe, do apoio e da colaboração dos parceiros.

Foi ainda definida a criação de Banners (Apêndice J) que foram afixados na UTI e na UCI para divulgar/sensibilizar os profissionais da UNN quanto a dor no recém-nascido.

PASSO 5:

Sensibilização/capacitação dos funcionários da UNN. **Início: 03/09/2012 – término: 25/09/2012.**

O grupo operativo definiu uma escala entre seus componentes que ficou responsável pela facilitação da capacitação, havendo um representante de cada categoria profissional em todas as reuniões (um médico, um enfermeiro, um fisioterapeuta e um técnico de enfermagem). Nove enfermeiras da equipe da UNN foram solicitadas a participar das capacitações como facilitadoras, tendo sido orientadas previamente, porém, embora tenham se comprometido, não assumiram o papel de facilitadoras.

Roteiro:

- Disponibilização do protocolo impresso na UTI e na UCI neonatal assim como envio por email para as coordenações, com solicitação de divulgação para todos os profissionais.
- Convite – expostos na UNN e enviados por email para todos os funcionários da UNN, além de convite verbal.
- Reunião: realizados dois encontros por subgrupo.
- **Primeiro encontro:**
 - “Dinâmica dos bombons” (Anexo C) – objetivo: despertar a necessidade da colaboração, do trabalho em equipe. A maioria dos grupos desenvolveu a dinâmica da forma esperada, havendo solicitação de cooperação entre os colegas. Porém, em dois momentos, ficou evidente a dificuldade de pedir ajuda ou de se dispor a ajudar. Alguns participantes não conseguiram imaginar a colaboração do colega como forma de viabilizar a tarefa. Ao final da atividade, o objetivo e a forma como se desenvolveu foram comentadas.
 - A seguir, foi realizada leitura da parte inicial do protocolo. Foram feitas algumas observações com relação ao protocolo, à nova rotina, à dificuldade de assimilar mudanças. Alguns grupos destacaram as dificuldades que enfrentavam no momento (sobrecarga de trabalho, escalas desfalcadas, dificuldades de relacionamentos). Foi também discutida a importância da lembrança da dor, sendo sugerida a figura do “fiscal da dor” – profissional que teria a responsabilidade de lembrar e de cobrar o cumprimento do protocolo a todos os colegas em cada turno de trabalho.

– **Segundo encontro:**

- Leitura da parte final do protocolo e aplicação prática das escalas de avaliação da dor neonatal e dos métodos humanizados de assistência.
- Ao final do encontro, foi solicitado que cada participante escrevesse em um pequeno cartão uma palavra que significasse algo pessoal que ele pudesse doar à UNN, aos colegas e/ou aos pacientes. Esses cartões foram recolhidos, transformados em crachás e guardados em caixinhas. Ficou acordado que, ao início dos plantões, cada um dos profissionais escolheria um crachá cuja palavra descrevesse o que ele gostaria ou estaria disposto a doar naquele dia (exemplo: carinho, amor, cuidado...) = “crachá de doação”.

PASSO 6:

Intervalo previsto de quatro meses – **período de outubro de 2012 a janeiro de 2013**. O dia primeiro de outubro de 2012 foi estabelecido como marco da implantação do Protocolo de Manejo da Dor da Unidade Neonatal do HAM.

3.3.3 3ª Etapa - período: fevereiro de 2013.

Na terceira etapa, foi verificada a efetividade da ação educativa no manejo da dor neonatal no serviço estudado, através da repetição da aplicação do questionário proposto no componente quantitativo da primeira etapa do estudo, após quatro meses do início das atividades propostas pelo grupo operativo, tendo sido acrescentadas variáveis referentes às estratégias definidas pelo GO, além de perguntas abertas (Apêndices L e M):

- *Você participou da capacitação dos profissionais do HAM no Manejo da Dor Neonatal?*
- *Na sua opinião, ocorreu alguma mudança na prática do manejo da dor na UTI-NEONATAL DO HAM após a capacitação dos profissionais?*
- *Caso a resposta seja SIM, quais as mudanças que você identifica e o que você acha que contribuiu para que essas mudanças acontecessem?*
- *Caso a resposta seja NÃO, o que você acha que vem dificultando o processo de mudança em relação ao manejo da dor na UTI neonatal?*

- *Com relação a mudanças propostas na capacitação do Manejo da Dor Neonatal, como você considera que foram colocadas em prática:*
 - *Cumprimento do Protocolo de Manejo da Dor Neonatal;*
 - *Definição do “Fiscal da Dor” nos plantões;*
 - *Utilização dos “crachás de doação” definidos ao término das reuniões de capacitação (crachá com a palavra que define o que cada pessoa está disposta a doar ao outro naquele dia);*
 - *Medidas de Humanização da Assistência (aconchego, enrolamento, diminuição de ruídos/luz, manipulação mínima, etc);*
 - *Você observou a colocação de Banners (cartazes) referentes ao Protocolo de Manejo da Dor Neonatal na UTI /UCI?*
 - *Você observou a colocação de Escalas de Avaliação da Dor Neonatal na UTI /UCI?*

3.5 Plano de Análise dos Dados

Descrição das técnicas escolhidas para análise dos dados coletados:

3.5.1 Componente Quantitativo:

Foi realizada a codificação, processamento em dupla entrada e validação, utilizando-se o *software* Epi-Info 6.04d e, para a análise estatística, o *software* Stata/SE 12.0 para Windows (Serial number: 30120571032. Licensed to: IMIP Prof. Fernando Figueira).

Para verificar a existência de associação, foram aplicados o Teste qui-quadrado e o Teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança. Os resultados estão apresentados sob a forma de tabelas.

Por se tratar de um estudo do tipo antes e depois, procedeu-se também a análise pareada, incluindo apenas os questionários respondidos por profissionais que participaram da 1ª e da 3ª fase da pesquisa.

3.5.2 Componente Qualitativo:

Foi realizada análise do Discurso do Sujeito Coletivo, definida por Lefevre como “...um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010).

Segundo os desenvolvedores, o DSC é um discurso síntese, fruto dos fragmentos de discursos individuais reunidos por similaridade de sentidos. É formulado na primeira pessoa do singular¹, sendo elaborado pelo pesquisador e analista de discurso. A primeira pessoa do singular simboliza um hipotético sujeito coletivo único (individual), ou seja, são os discursos coletivos enunciados por apenas uma pessoa (GONDIM; FISHER, 2009).

De acordo com Gondim: “O desafio que o DSC buscou responder foi o da expressão do pensamento ou da opinião coletiva, respeitando a sua dupla condição qualitativa e quantitativa. A dimensão qualitativa é o discurso. A quantitativa se expressa na frequência de compartilhamento de discursos entre indivíduos.” (GONDIM; FISHER, 2009).

A metodologia do DSC consiste em analisar depoimentos/materiais verbais que constituem seu principal *corpus*, buscando em cada um deles as ideias centrais (IC) ou ancoragens a partir de expressões-chave a que se referem. A partir das ideias centrais/ancoragens e das expressões-chave correspondentes, pode-se compor um ou vários discursos-síntese que são os discursos do sujeito coletivo (GONDIM; FISHER, 2009).

Na primeira etapa da análise, deve-se ter o cuidado de respeitar a literalidade do discurso para que se possa retornar ao *corpus* e estabelecer um diálogo contínuo com ele. Após a identificação das expressões-chave no *corpus* em análise, o papel ativo do pesquisador se apresenta, pois cabe a ele criar uma expressão linguística que descreva os sentidos de cada um dos grupos homogêneos de expressões-chave (de mesmo sentido). Após essa fase, as ideias centrais são nomeadas pelo pesquisador (GONDIM; FISHER, 2009).

O DSC pretende ser uma ponte entre o conhecimento científico e o senso comum, buscando reconstituir o pensamento coletivo. (GONDIM; FISHER, 2009).

1 No presente estudo, como se objetivou conhecer a avaliação de um serviço na perspectiva de um grupo de sujeitos, o DSC foi desenvolvido na primeira e/ou terceira pessoas do plural, com a devida concordância e autorização dos autores da metodologia, após consulta direta através de correio eletrônico.

Os referenciais teóricos utilizados para a análise foram o conceito de *práxis*, segundo Vázquez, a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (VÁSQUEZ, 2007), (BRASIL, 2004), (BRASIL, 2009).

Para a metodologia adotada no grupo operativo, foram utilizados os pressupostos teóricos de Paulo Freire, na perspectiva de problematizar, de refletir e de intervir no manejo da dor na UTIN.

4 RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados da pesquisa:

4.1 Componente Quantitativo

Os resultados do componente quantitativo estão apresentados sob a forma de Artigo Original, submetido ao Jornal de Pediatria (JPED) em 16 de setembro de 2013, aceito em 06 de novembro de 2013 tendo a sua publicação prevista para o número 3/2013 (maio/junho) - Manuscript Number: JPED-D-13-00098R1.

Título do artigo: Avaliação e Manejo da Dor na UTI Neonatal: Análise de uma Intervenção Educativa para os Profissionais de Saúde

Título abreviado: Dor neonatal: Análise de uma Intervenção Educativa

Resumo

Objetivo: Conhecer a percepção de uma equipe de terapia intensiva neonatal sobre a avaliação e manejo dor antes e após uma intervenção educativa construída e implementada na unidade.

Métodos: Estudo de intervenção desenvolvido na modalidade de pesquisa-ação, desenvolvido em três fases. Na 1ª fase, foi realizado um estudo quantitativo, para identificar como os profissionais percebiam o manejo da dor na unidade. Na 2ª fase, foi realizada uma intervenção educativa, utilizando o Grupo Operativo, que definiu estratégias a serem adotadas buscando melhorias na avaliação e manejo da dor. Na 3ª fase foi reaplicado o questionário inicial, para avaliar a percepção dos profissionais acerca do tema, após a intervenção. Foram incluídos todos os profissionais que atuam nos cuidados diretos aos recém-nascidos.

Resultados: A percepção dos profissionais acerca do manejo e da avaliação da dor na unidade mostrou diferença estatisticamente significativa entre as duas fases da pesquisa, destacando-se o aumento na referência de frequência de avaliação e de utilização de algum método de alívio da dor em procedimentos, para a maioria dos procedimentos pesquisados. A participação na capacitação (uma das estratégias definidas pelo grupo operativo) foi referida por 86,4% dos profissionais. Estes referiram a utilização das escalas para avaliação da dor, estabelecidas no protocolo adotado no serviço após a intervenção, com frequência de 94,4%. Mudanças na avaliação e manejo da dor foram percebidas por 79,6% dos participantes.

Conclusão: Os profissionais envolvidos na intervenção educativa perceberam mudanças no manejo da dor na unidade e as relacionaram às estratégias definidas e implementadas pelo GO.

Palavras-chave: Dor, Unidade de Terapia Intensiva, Neonatal, Educação em Saúde, Prática Profissional.

Abstract

Objective: To study the perception of a team of Neonatal Intensive Care on the evaluation and management of pain before and after an educational intervention built and implemented on the unit.

Methods: Study intervention developed in the form of action research, developed in three phases. In Phase 1, we conducted a quantitative study to identify how professionals perceive pain management in the unit. In Phase 2, we conducted an educational intervention, using the Operative Group (OG), which defined strategies to be adopted seeking improvements in the assessment and management of pain. In the 3rd phase was reapplied the initial questionnaire to assess professionals' perceptions about the subject, after the intervention. We included all professionals working in direct care to newborns.

Results: The perception of professionals about the management and pain assessment in the unit showed a statistically significant difference between the two phases of research, highlighting the increase in frequency reference for evaluation and use of some method of pain relief procedures for most procedures searched. Participation in training (one of the strategies defined by the operative group) was reported by 86.4% of the professionals. They reported the use of scales for pain assessment, established by the Protocol adopted in service after the intervention, with a frequency of 94.4%. Changes in the assessment and management of pain were perceived by 79.6% of participants.

Conclusion: The professionals involved in the educational intervention perceived changes in pain management in the unit and related to the strategies defined and implemented by OG.

Keywords: Pain; Analgesia; Neonatal Intensive Care Units; Health Education; Professional Practice.

Introdução

Os resultados de alguns estudos ainda demonstram uma lacuna entre o conhecimento científico a respeito da dor neonatal, como também suas consequências, e a utilização de métodos para sua avaliação e tratamento.^{1,2} Essa condição tem sido relacionada à ausência de protocolos de avaliação e tratamento da dor nos serviços, ao desconhecimento teórico sobre a sua fisiopatologia assim como aos métodos de avaliação e alternativas terapêuticas instituídas por parte dos profissionais envolvidos com os cuidados ao neonato de risco.^{3,4}

Porém, o acesso ao conhecimento científico e a existência de normas e de rotinas não bastam para que se evidenciem mudanças na prática diária. É necessária a reflexão sobre a prática, a *práxis* reflexiva. Assim, segundo Vázquez, quanto mais o homem for capaz de refletir sobre a sua realidade e sentir-se inserido nela, maiores condições ele terá de agir, comprometendo-se em transformá-la.⁵

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)⁶ remete à prática reflexiva no ambiente de trabalho para transformação das práticas na assistência, através da problematização do processo de trabalho. Envolve a participação da equipe interprofissional, incluindo todos os funcionários dos serviços. Observa-se que as ações da PNEPS são amplamente utilizadas da atenção da assistência primária, evidenciando-se a necessidade de maior investimento nesse tipo de iniciativa na assistência terciária.

Assim, esse estudo é pioneiro no país, na área do intensivismo neonatal, utilizando a pesquisa-ação como metodologia para uma intervenção efetiva na melhoria do manejo da dor, cujo objetivo foi conhecer a percepção de uma equipe de terapia intensiva neonatal sobre a avaliação e o manejo dor antes e após uma intervenção educativa construída e implementada na unidade.

Métodos

O estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Agamenon Magalhães (HAM). Localizado em Recife/PE, região Nordeste do Brasil, é uma unidade pública de referência para atendimento à gestante de alto risco.

Estudo de intervenção desenvolvido na modalidade de pesquisa-ação, através de um Grupo Operativo (GO). O objetivo primordial da pesquisa-ação é o de transformar uma situação específica, na qual a relação entre o pesquisador e o participante é muito próxima.⁷

A pesquisa foi realizada no período de setembro de 2011 a fevereiro de 2013 e a coleta de dados foi feita pela pesquisadora. Foram convidados a participar do estudo todos os profissionais que atuam nos cuidados diretos aos recém-nascidos: neonatologistas, fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam como diaristas e/ou plantonistas na unidade de terapia intensiva neonatal do serviço envolvido, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, para cada fase da pesquisa. A pesquisadora não respondeu aos questionários.

O estudo foi realizado em três fases: Na 1ª fase, foi realizado um estudo quantitativo do tipo transversal, para identificar como os profissionais percebiam o manejo da dor na unidade escolhida, realizado através da aplicação de um questionário aos profissionais de níveis superior e médio que atuam diretamente com os recém-nascidos. Essa fase (setembro a novembro de 2011) contou com 70 participantes, sendo 41 de nível superior e 29 de nível médio, correspondendo a 80,3% e a 90,6%, respectivamente, dos profissionais lotados no setor no período da coleta. Não houve recusas e a não participação foi devida a ocorrência de férias e/ou licenças.

Para registro das informações colhidas, foram elaborados formulários específicos, contendo questões de acordo com as variáveis do estudo: *dados pessoais*: Idade; sexo; nº. de filhos; história de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) - do profissional e/ou familiar de primeiro grau, história de dor crônica - do profissional e/ou familiar de primeiro grau,

prática religiosa; *dados profissionais*: Profissão e tempo de formação; nível de especialização/pós-graduação; atividade docente; tempo de atuação; jornada e regime de trabalho em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-PED) e na UTIN/HAM; *dados relativos à dor*: percepção dos profissionais acerca do manejo da dor na UTIN do serviço, considerando conhecimento e utilização de métodos de avaliação e de alívio da dor em procedimentos frequentes na UTIN (métodos farmacológicos e não-farmacológicos) e a necessidade de mudanças na prática.

Na 2ª fase (março a setembro de 2012), foi realizada uma intervenção educativa, utilizando o Grupo Operativo que foi composto por: mediador (pesquisadora), relator (componente do grupo escalado), observador externo (externo a equipe da UTIN, com experiência prévia em GO) e demais participantes.

Foram realizados 16 encontros no período de abril a agosto de 2012, com duração média de uma hora, a cada 10 dias (aproximadamente), havendo a participação de todas as categorias profissionais da Unidade Neonatal (UNN) - 4 médicos, 2 enfermeiras, 2 fisioterapeutas e 5 técnicas de enfermagem - com a média de 10 participantes por encontro, pois houveram ausências pontuais. Destaca-se que o grupo manteve a sua estrutura e foi assegurada a representação de todas as categorias profissionais em todos os encontros.

A metodologia da problematização, operacionalizada através das cinco etapas do Arco de Magueres,⁸ foi adotada para orientação dos trabalhos durante o GO. Seguindo essa metodologia, inicialmente foi problematizada a questão da dor a partir da vivência de um dos participantes do grupo. A seguir, foi trazida a discussão para o contexto da UTIN e debatida a situação atual do manejo da dor (**observação da realidade**). Foi então iniciada uma discussão, visando identificar fatores que poderiam contribuir de forma positiva ou negativa para a adequada prática profissional com relação ao manejo da dor.

Dessa forma, foram elencados como **pontos-chave**: empatia (capacidade de se colocar no lugar do outro), conhecimento (capacitação), protocolo específico, valorização do trabalho em equipe, sobrecarga de trabalho, lembrança/sensibilização quanto ao tema e quanto ao trabalho mecânico (prática não reflexiva).

A etapa seguinte (**teorização**) foi desenvolvida através da busca de material científico a respeito dos temas elencados como pontos-chave. Assim, na etapa de **elaboração de hipóteses de solução**, chegou-se à conclusão de que a prática precisava ser modificada e que algumas ações poderiam favorecer as mudanças necessárias.

Foram apontadas como urgentes a humanização da assistência, elaboração e disponibilização de um Protocolo de Manejo da Dor Neonatal do HAM (adequado às necessidades e à realidade do serviço, que aborda avaliação, medidas farmacológicas e não-farmacológicas para alívio da dor e humanização do cuidado), criação de um novo impresso de registro de cuidados de enfermagem contemplando a utilização da Escala de Avaliação de Dor Neonatal (NIPS - *Neonatal Infant Pain Scale*) como 5º sinal vital (a cada 3 horas) e a capacitação de todos os profissionais da UNN, não apenas da UTIN.

O grupo identificou também a necessidade de lembrar os profissionais quanto à dor do bebê, sendo idealizada a figura do “fiscal da dor” a cada plantão (profissional que teria o compromisso de lembrar a toda a equipe o cumprimento do protocolo).

Por fim, a 5ª etapa do Arco de Maguerez (**aplicação à realidade**) foi desenvolvida através da implementação das estratégias definidas na fase anterior pelo GO. Essas atividades ocorreram durante o mês de setembro de 2012. Foram realizados 28 encontros, com duração média de uma hora cada, coordenados pelos membros do GO, quando foram capacitados cerca de 90% dos profissionais da UNN, conforme determinado como estratégia pelo GO.

Durante a capacitação, foram utilizadas metodologias ativas de ensino-aprendizagem, mantendo a lógica do GO e atendendo à PNEPS⁶, e cada profissional participou de dois desses encontros. O protocolo desenvolvido pelo GO e adotado pelo serviço foi discutido com os participantes a cada encontro, assim como foi realizado treinamento prático de utilização das escalas de avaliação da dor neonatal adotadas – NIPS e Escala de Codificação de Atividade Facial Neonatal (NFCS - *Neonatal Facial Coding Scale*).

Na 3ª fase do estudo (fevereiro de 2013), foi reaplicado o questionário inicial, para avaliar a mudança de percepção dos profissionais acerca do manejo da dor na unidade, acrescido de perguntas relativas a intervenção educativa.

A coleta de dados da terceira fase foi realizada quatro meses após o término da capacitação e contou com 60 participantes, sendo 33 de nível superior e 27 de nível médio, o que representou 71,7% e 81,8%, respectivamente, dos profissionais da UTIN no período. No intervalo entre as duas coletas (15 meses), alguns profissionais de nível superior pediram exoneração dos cargos. Além disso, o período de coleta na 1ª fase foi de três meses, enquanto, na 3ª fase, foi de apenas um mês e a existência de funcionários em gozo de férias e em licenças (médica, gestação e prêmio) contribuíram para a diferença no número dos participantes.

Para análise dos dados quantitativos, foi realizada a codificação, processamento em dupla entrada e validação utilizando-se o *software* Epi-Info 6.04d e para a análise estatística, o *software* Stata/SE 12.0 para Windows (Serial number: 30120571032. Licensed to: IMIP Prof. Fernando Figueira).

Para verificar a existência de associação foram aplicados o Teste qui-quadrado e o Teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança. Os resultados estão apresentados sob a forma de tabelas.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Agamenon Magalhães/PE, sob o número 280, CAAE-0173.0.236.000-10.

Resultados

Na primeira fase participaram 70 profissionais, 41 de nível superior e 29 de nível médio, correspondendo a 80,3% e a 90,6% dos profissionais lotados no setor no período da coleta. A terceira fase contou com 60 participantes, 33 (71,7%) de nível superior e 27 (81,8%) de nível médio, o que representou 71,7% e 81,8%, respectivamente, dos profissionais lotados na UTIN no período.

Participaram da primeira fase 23 médicos, 13 enfermeiros, 05 fisioterapeutas e 29 técnicos/auxiliares de enfermagem. Na terceira fase, participaram 18, 11, 04 e 27 respectivamente.

Quanto ao perfil (Tabela 1), não houve diferença estatisticamente significativa entre as duas fases da avaliação, apesar da variação no número de participantes, principalmente de nível superior. Entre os profissionais de nível superior, mais de 90% possuíam residência/especialização e mais de 50% desempenhavam atividade de ensino/preceptoria de estudantes, nas duas fases do estudo.

Quanto a percepção dos profissionais de nível superior acerca do manejo da dor na UTIN-HAM (Tabela 2), percebeu-se diferença estatisticamente significativa entre as duas fases, para todos os itens questionados. Destaca-se o aumento na referência de avaliação e de utilização de algum método de alívio da dor. No nível médio foi significativo o reconhecimento da existência de normas e rotinas após a intervenção educativa e o aumento da percepção de que a dor é avaliada através de escalas ou choro, mímica facial, movimentação de membros e parâmetros fisiológicos.

Na observação dos dados relativos a utilização de algum método (farmacológico e/ou não farmacológico), na opinião dos participantes de nível superior (Tabela 3), observou-se mudança para todos os procedimentos pesquisados, exceto para período pós-operatório, intubação traqueal eletiva e ventilação mecânica (dados não apresentados na tabela).

Entre os participantes de nível médio, houve melhora significativa no relato da utilização de algum método para o alívio da dor para todos os procedimentos questionados após a intervenção educativa (tabela 3), exceto para punção de calcanhar (dados não apresentados na tabela).

A participação na capacitação (uma das estratégias definidas pelo grupo operativo) foi referida por 86,4% dos profissionais que responderam ao questionário na terceira fase da pesquisa. Estes referiram a utilização das escalas para avaliação da dor estabelecidas no protocolo adotado no serviço após a intervenção (NIPS e NFCS), com frequência de 94,4%. A mudança na avaliação e manejo da dor na unidade foi percebida por 79,6% dos participantes (Tabela 4).

Discussão

Foi um estudo pioneiro no país, na área do intensivismo neonatal, utilizando a pesquisa-ação como metodologia para uma intervenção na melhoria do manejo da dor, podendo servir como parâmetro para outros serviços em contextos institucionais semelhantes.

O desenvolvimento de um protocolo próprio do serviço e de práticas de sensibilização e envolvimento de toda a equipe no processo de mudança foram algumas das estratégias definidas pelo GO e questionadas aos participantes na fase de reavaliação.

O questionamento sobre a existência de normas e rotinas relativas ao manejo da dor mostrou considerável diferença entre as duas etapas da pesquisa, evidenciando que o Protocolo de Manejo da Dor Neonatal foi bem divulgado, sendo de conhecimento da maioria dos profissionais.

Com relação à utilização de métodos de alívio da dor em procedimentos, destaca-se que todos os procedimentos e situações incluídos nos questionários são reconhecidamente dolorosos e, para a maioria, existem recomendações específicas de métodos para seu alívio.⁹⁻¹⁰

No tocante ao alívio da dor na intubação eletiva e na ventilação mecânica, não se observou significância estatística após a intervenção. Porém, vale salientar que, o protocolo elaborado pelo grupo operativo e adotado no serviço não incluiu recomendações bem definidas quanto à utilização de drogas para essas situações específicas, embora a literatura oriente diversas opções terapêuticas.^{11,12,13,14}

Importante destacar a referência dos participantes quanto a frequência da utilização de escalas para avaliação da dor. Considera-se relevante esse dado, pois, condição primordial para instituição de uma conduta adequada é a correta avaliação da situação na qual se pretende intervir.^{15,16}

Fica claro que, embora tenham sido vislumbradas melhorias, muitas mudanças ainda são necessárias. A evidente dicotomia entre a teoria e a prática consiste ainda em um desafio para vários estudiosos do tema. A literatura refere que o acesso ao conhecimento e a existência de normas e rotinas não bastam pra que se evidencie mudanças na prática diária.^{2,17,18}

Vale ressaltar o pequeno período de intervalo entre a intervenção e a reavaliação (quatro meses) o que, em concordância com estudos realizados, poderia justificar alguns resultados negativos, como elevados percentuais de referência a falta de conhecimentos e necessidade de mudanças após a intervenção. Pois, conforme está referido na literatura, o conhecimento a respeito do tema demora a ocasionar mudanças nas práticas clínicas.^{3,4}

Outra limitação do estudo foi a não verificação da prática do serviço, pois teve como objetivo a *percepção dos profissionais* acerca do tema.

Embora a pesquisa-ação venha sendo utilizada com resultados positivos na área da saúde, sobretudo na atenção primária, na literatura pesquisada não foram encontrados estudos que permitissem comparações com os resultados obtidos na presente pesquisa, desenvolvida junto aos profissionais da assistência terciária.

Verificou-se que, apesar da avaliação e do manejo da dor neonatal no serviço selecionado ainda estar aquém das recomendações atuais, segundo a percepção dos profissionais, um processo de mudança foi iniciado e, principalmente, os sujeitos envolvidos comprovaram ser possível transformar a realidade quando a isso se propõem.

A utilização da metodologia proposta - pesquisa-ação - propiciou uma avaliação crítica e reflexão sobre a importância do tema dor neonatal por parte dos profissionais envolvidos na assistência.

Assim, concluímos que os profissionais envolvidos na intervenção educativa perceberam mudanças no manejo da dor na unidade e as relacionaram às estratégias definidas e implementadas pelo GO.

Referências

1. Gaiva MA, Dias NS. Dor no recém-nascido: percepção de profissionais de saúde de um hospital universitário. *Rev Paul Enf.* 2002;21(3):234–9.
2. Lago P, Garetti E, Boccuzzo G, Merazzi D, Pirelli A, Pieragostini L, et al. Procedural pain in neonates: the state of the art in the implementation of national guidelines in Italy. *Paediatric anaesthesia* [Internet]. 2013;23(5):407–14.
3. Harrison D, Loughnan P, Johnston L. Pain assessment and procedural pain management practices in neonatal units in Australia. *J Paediatr Child Health.* 2006;42(1-2):6–9.
4. Foster J, K. S, Henderson-Smart, D. Harrison D, Gray PH, J. B. Procedural pain in neonates in Australian hospitals: a survey update of practices. *J Paediatr Child Health.* 2013;49(1):E35–E39.

5. Vásquez AS. Filosofia da práxis. Filosofia da práxis. São Paulo: Expressão Popular; 2007. p. 488.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília; 2009. p. 64.
7. Dione H. A pesquisa-ação para o desenvolvimento local. Livro L, editor. Brasília; 2007. p. 132.
8. Berbel NAN. Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. Semina: Ci. Soc.IHum. 1995;16(2):9–19.
9. Marcatto JDO, Tavares ECa, Silva YP e. Benefícios e limitações da utilização da glicose no tratamento da dor em neonatos: revisão da literatura. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2011;23(31):228–37.
10. Hall RW, Shbarou RM. Drugs of choice for sedation and analgesia in the neonatal ICU. Clinics in perinatology [Internet]. 2009 Jun;36(2):215–26, vii.
11. Boyle EM, Freer Y, Wong CM, McIntosh N, Anand KJS. Assessment of persistent pain or distress and adequacy of analgesia in preterm ventilated infants. Pain [Internet]. 2006;124(1-2):87–91.
12. Billingham S. Rapid Sequence Intubation. Journal of Neonatal Nursing [Internet]. 2012;18(1):25–9.
13. Penido MG, Garra R, Sammartino M, Pereira e Silva Y. Remifentanil in neonatal intensive care and anaesthesia practice. Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992) [Internet]. 2010;99(10):1454–63.
14. Pereira e Silva Y, Gomez RS, Marcatto JDO, Maximo TA, Barbosa RF, Simões e Silva AC. Morphine versus remifentanil for intubating preterm neonates. Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition [Internet]. 2007;92(4):F293–4.
15. Pereira Y, Gomez RS, Máximo TA, Cristina A. Avaliação da Dor em Neonatologia. Revista Brasileira de Anestesiologia. 2007;57(5):565–74.
16. Balda RDCX, Almeida MFB, Peres CA, Guinsburg R. Fatores que interferem no reconhecimento por adultos da expressão facial de dor no recém-nascido. Rev Paul Pediatr. 2009;27(2):160–7.
17. Carbajal R, Rousset A, Danan C, Coquery S, Nolent P, Ducrocq S, et al. Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. JAMA : the journal of the American Medical Association [Internet]. 2008 Jul 2;300(1):60–70.

18. Johnston C, Barrington KJ, Taddio A, Carbajal R, Filion F. Pain in Canadian NICUs: have we improved over the past 12 years? *The Clinical journal of pain* [Internet]. 2011;27(3):225–32.

Tabela 1 Perfil dos profissionais UTIN/HAM^a. Recife, 2013.

Variáveis	Baseline		Reavaliação		p-valor
	n	%	n	%	
Nível Superior					
Idade (Anos)					
< 40	21	51,2	15	45,5	0,795 ^b
≥ 40	20	48,8	18	54,5	
Nº de Filhos					
Nenhum	13	31,7	7	21,2	0,479 ^c
1 - 2	23	56,1	23	69,7	
3 ou mais	5	12,2	3	9,1	
História Internamento em UTI					
Sim	3	7,3	3	9,1	1,000 ^c
Não	38	92,7	30	90,9	
Pessoa Próxima em UTI					
Sim	29	70,7	23	69,7	1,000 ^b
Não	12	29,3	10	30,3	
História de Dor Crônica					
Sim	19	46,3	20	60,6	0,323 ^b
Não	22	53,7	13	39,4	
Tempo de Formado					
<15 anos	21	51,2	18	54,5	0,775 ^c
>15 anos	20	48,8	15	45,5	
Tempo de Atuação em Neonatologia					
<15 anos	24	61,5	19	59,4	0,852 ^c
>15 anos	15	38,5	13	40,6	
Nível Médio					
Idade (Anos)					
< 40	14	51,9	9	34,6	0,323 ^b
≥ 40	13	48,1	17	65,4	
Nº de Filhos					
Nenhum	11	37,9	8	30,8	0,802 ^b
1 - 2	13	44,9	12	46,1	
3 ou mais	5	17,2	6	23,1	
Internamento em UTI					
Sim	3	10,3	3	11,1	1,000 ^c
Não	26	89,7	24	88,9	
Pessoa Próxima em UTI					
Sim	9	34,6	12	44,4	0,652 ^b
Não	17	65,4	15	55,6	
História de Dor Crônica					
Sim	15	53,6	15	57,7	0,976 ^b
Não	13	46,4	11	42,3	
Tempo de Formado					
< 15 anos	17	60,7	13	48,1	0,349 ^c
>15 anos	11	39,3	14	51,9	
Tempo de Atuação em Neo					
<15 anos	23	82,1	22	84,6	0,807 ^c
>15 anos	5	17,9	4	15,4	

a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Agamenon Magalhães.

b Teste Qui-Quadrado. c Teste Exato de Fisher.

Tabela 2 Percepção dos profissionais em relação a avaliação e ao manejo da dor na UTI/HAM ^a. Recife, 2013.

	1ª fase		3ª fase		p-valor
	n	%	n	%	
Nível Superior					
Lembrança da ocorrência de dor no neonato					
Sempre / Frequentemente	21	51,2	26	81,2	0,016 ^b
Nunca / Raramente	20	48,8	6	18,8	
Avaliação da dor do neonato (escalas ou outros meios)					
Sempre / Frequentemente	9	22,5	21	65,6	0,001 ^c
Nunca / Raramente	26	65,0	9	28,1	
Não sabe	5	12,5	2	6,3	
Uso de métodos para alívio da dor					
Sempre / Frequentemente	12	30,8	25	75,7	< 0,001 ^c
Nunca / Raramente	22	56,4	6	18,2	
Não sabe	5	12,8	2	6,1	
Existência de normas e rotinas para avaliação e manejo da dor					
Sim	3	7,3	25	78,1	< 0,001 ^c
Não	35	85,4	5	15,6	
Não sabe	3	7,3	2	6,3	
Nível Médio					
Lembrança da ocorrência de dor no neonato					
Sempre / Frequentemente	16	57,1	18	75,0	0,291 ^b
Nunca / Raramente	12	42,9	6	25,0	
Avaliação da dor do neonato (escalas ou outros meios)					
Sempre / Frequentemente	10	35,7	19	76,0	0,008 ^b
Nunca / Raramente	18	64,3	6	24,0	
Uso de métodos para alívio da dor					
Sempre / Frequentemente	9	36,0	15	65,3	0,091 ^c
Nunca / Raramente	15	60,0	7	30,4	
Não sabe	1	4,0	1	4,3	
Existência de normas e rotinas para avaliação e manejo da dor					
Sim	5	22,7	23	92,0	< 0,001 ^b
Não	17	77,3	2	8,0	

a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Agamenon Magalhães.

b Teste Qui-Quadrado. c Teste Exato de Fisher.

Tabela 3. Percepção dos profissionais sobre utilização de métodos^a para alívio da dor na UTIN/HAM^b. Recife, 2013.

Procedimento/situação clínica	1ª fase		3ª fase		p-valor
	n	%	n	%	
Nível Superior					
Drenagem Torácica					
Sempre / Frequentemente	26	65,0	28	87,4	0,030 ^c
Nunca / Raramente	12	30,0	2	6,3	
Não sabe	2	5,0	2	6,3	
Enterocolite necrosante					
Sempre / Frequentemente	24	58,5	26	81,2	0,023 ^c
Nunca / Raramente	15	36,6	3	9,4	
Não sabe	2	4,9	3	9,4	
Punção arterial					
Sempre / Frequentemente	1	2,6	15	46,8	< 0,001
Nunca / Raramente	37	94,8	14	43,8	
Não sabe	1	2,6	3	9,4	
Punção periférica					
Sempre / Frequentemente	0	0,0	13	50,0	< 0,001
Nunca / Raramente	40	100,0	13	50,0	
Inserção de PICC^e					
Sempre / Frequentemente	5	12,8	19	61,3	< 0,001
Nunca / Raramente	20	51,3	5	16,1	
Não sabe	14	35,9	7	22,6	
Aspiração de vias aéreas superiores					
Sempre / Frequentemente	2	5,0	13	40,6	< 0,001
Nunca / Raramente	37	92,5	16	50,0	
Não é Necessário	1	2,5	3	9,4	
Aspiração de tubo traqueal					
Sempre / Frequentemente	4	10,3	14	43,8	0,001 ^c
Nunca / Raramente	34	87,1	15	46,8	
Não sabe	1	2,6	3	9,4	
Coleta de líquido cefalorraquidiano					
Sempre / Frequentemente	6	15,0	21	63,6	< 0,001
Nunca / Raramente	30	75,0	5	15,2	
Não sabe	4	10,0	7	21,2	
Nível Médio					
Coleta de sangue					
Sempre / Frequentemente	2	7,0	15	60,0	<0,001 ^d
Nunca / Raramente	25	92,6	10	40,0	
Acesso venoso periférico					
Sempre / Frequentemente	12	41,4	19	76,0	0,022 ^d
Nunca / Raramente	17	58,6	6	24,0	
Aspiração de vias aéreas superiores					
Sempre / Frequentemente	2	7,1	12	48,0	0,001 ^c
Nunca / Raramente	25	89,3	11	44,0	
Não é Necessário	1	3,6	2	8,0	
Aspiração de tubo traqueal					
Sempre / Frequentemente	3	11,1	12	50,0	< 0,002 ^d
Nunca / Raramente	24	88,9	9	37,5	

a - farmacológicos e/ou não farmacológicos. b - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Agamenon Magalhães. c - Teste Exato de Fisher. d - Teste Qui-Quadrado. e - Cateter Percutâneo de Inserção Periférica.

Tabela 4. Percepção dos profissionais^a da UTIN/HAM^b acerca da avaliação e do manejo da dor após a intervenção educativa. Recife, 2013.

	n	%
Participação na Capacitação^c		
Sim	51	86,4
Não	8	13,6
Percepção de mudanças após a intervenção educativa^d		
Sim	47	79,6
Não	10	16,9
Não Sabe	2	3,5
Cumprimento do protocolo adotado		
Sempre / Frequentemente	34	56,7
Nunca / Raramente	17	28,3
Não Sabe	9	15,0
Utilização de escalas de avaliação da dor NIPS/NFCS^e		
Sim	51	94,4
Não	3	5,6

a - Nível médio e superior. b - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Agamenon Magalhães. c - Não informado = 1. d - Não informado = 1. e - NIPS=Escala de Avaliação de Dor Neonatal (*Neonatal Infant Pain Scale*) / NFCS=Escala de Codificação de Atividade Facial Neonatal (*Neonatal Facial Coding Scale*). f - Não informado = 6.

4.2 Componente Qualitativo

Os resultados do componente qualitativo estão descritos a seguir:

4.2.1 1ª Etapa

Foram realizadas 69 entrevistas na 1ª fase da pesquisa, pois houve recusa por parte de um profissional que participou do componente quantitativo (questionário), justificada por inibição ao ter sua fala gravada. O perfil dos participantes está descrito anteriormente no componente quantitativo.

As duas primeiras perguntas buscavam conhecer, a partir da perspectiva dos profissionais de saúde, os fatores que interferiam na sua prática no manejo da dor neonatal. A terceira pergunta buscava o significado do termo Humanização da Assistência, visando apreender as representações no grupo estudado, uma vez que o tema manejo da dor está intimamente relacionado à humanização da assistência.

Assim, como produto final das perguntas 1 e 2, três ideias centrais foram desenvolvidas (Apêndice N) e foi construído um discurso do sujeito coletivo para as duas perguntas, contemplando todas as categorias temáticas. Logo, observa-se que, para a pergunta 1, três indivíduos relataram não haver dificuldades. Como essa ideia central correspondeu a apenas 3,4% das respostas, optou-se por não abordá-la (Quadros 2 e 3).

Quadro 2. Ideias centrais - pergunta 1 - 1ª etapa. Manejo da dor neonatal. UTIN-HAM. Recife, 2013:

MANEJO DA DOR - HAM			
1) O QUE VOCÊ ACHA QUE DIFICULTA O RECONHECIMENTO E A AÇÃO DOS PROFISSIONAIS NO TRATAMENTO DA DOR NA UTI-NEONATAL DO HAM?			
A	Educação Permanente em Saúde	48	54,55 %
B	Não Há Dificuldade	3	3,41 %
C	Prática Não Reflexiva	22	25,00 %
D	Humanização em Saúde	15	17,05 %
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA		88	

Fonte: Aymar, 2013.

Quadro 3. Ideias centrais - pergunta 2 - 1ª etapa. Manejo da dor neonatal. UTIN-HAM. Recife, 2013:

2) O QUE VOCÊ ACHA QUE PODERIA AJUDAR OS PROFISSIONAIS DESTA UTI A RECONHECER E AGIR QUANDO UM RECÉM-NASCIDO ESTÁ COM DOR?			
A	Educação Permanente em Saúde	61	84,72 %
B	Humanização em Saúde	8	11,11 %
C	Prática Reflexiva	3	4,17 %
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA		72	

Fonte: Aymar, 2013.

Discurso do sujeito coletivo:

"A falta de conhecimento do que deve ser feito causa dificuldade na atuação, a falta de orientação, de informação, de treinamento, de alguém que ensine como é que reconhece e como é que minimiza a dor. É a falta de conscientização da equipe para atuar em conjunto. É necessário investir em qualificação permanente por várias vias, até mudar a postura do profissional com capacitações, treinamentos, cursos, cartazes, discussão de casos e supervisão, com alguém à frente observando e trazendo os profissionais à consciência de maneira efetiva e recorrente, com condutas homogêneas para identificar e aliviar a dor de maneira mais qualificada. Avaliar as necessidades, ter mais atenção no que está fazendo, fazer com consciência. Porque é tudo mecanizado e a gente faz tudo correndo, tudo automático, a gente não para pra pensar. Faz simplesmente porque é necessário, porque é a rotina. Você trata primeiro a patologia, avalia a respiração, a temperatura e esquece da dor. Você pensa primeiro na infecção e por último na dor. Falta de humanização do profissional, de sensibilidade, de vontade de fazer, de conscientização de que ali é um ser humano. É preciso ter consciência que o RN sente dor, ter sensibilidade em perceber que tudo aquilo que a gente faz gera um nível de dor, maior ou menor, mas causa dor".

O sujeito coletivo destaca a importância da **Educação Permanente**: "...É necessário investir em qualificação permanente por várias vias, até mudar a postura do profissional com capacitações, treinamentos, cursos, cartazes, discussão de casos...". Essa referência remete à

importância do papel do serviço na implantação/implementação da Política Nacional de Educação Permanente.

Para o sujeito coletivo a IC **Prática Não Reflexiva** é referida com maior frequência entre os fatores que dificultam o manejo da dor neonatal: “...*Porque é tudo mecanizado e a gente faz tudo correndo, tudo automático, a gente não para pra pensar...*”. Aqui, segundo Vásquez, pode-se identificar como a *práxis* reiterativa ou imitativa, em que “[...]Fazer é repetir ou imitar outro fazer[...]” (VÁSQUEZ, 2007).

Nessa IC, o sujeito coletivo complementa: “...*Faz simplesmente porque é necessário, porque é a rotina...*”, ressaltando a ausência, ou quase, de consciência da atividade desenvolvida.

Com relação a ideia central **Humanização em Saúde**, quando o sujeito coletivo refere “...*Falta de humanização do profissional, de sensibilidade, de vontade de fazer, de conscientização de que ali é um ser humano...*”, evidencia o papel do profissional, a sua sensibilidade e sua motivação, além da importância que o serviço dispensa, ou não, ao tema.

Vale ressaltar que das perguntas 1 e 2, específicas sobre o tema manejo da dor, o sujeito coletivo suscitou o tema Humanização o qual foi abordado na terceira pergunta.

A análise das respostas à pergunta 3 resultou em quatro ideias centrais (Quadro 4) e dessas se construiu o seguinte DSC:

Quadro 4. Ideia central - pergunta 3 - 1ª etapa. Manejo da dor neonatal. UTIN-HAM. Recife, 2013:

3) PARA VOCÊ, O QUE SIGNIFICA O TERMO: “HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA”?		
A	Assistência Integral	42 50,60 %
B	Empatia	28 33,73 %
C	Educação Permanente em Saúde	7 8,43 %
D	Estrutura do Serviço	6 7,23 %
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA		83

Fonte: Aymar, 2013.

Discurso do sujeito coletivo:

“*É uma assistência plena, integral, segura, organizada, ética, realizada em trabalho interdisciplinar, com cautela, delicadeza, sensibilidade, atenção, cuidado, amor e carinho, com*

respeito ao paciente, à família e aos profissionais, tornando-a mais agradável. Uma assistência que valoriza a dor e valoriza as pessoas, dando suporte pra pacientes e familiares, envolvendo plenamente a família do RN, em especial a mãe, dando-lhe apoio, com orientações adequadas. É se colocar no lugar do paciente, do acompanhante, da mãe. É acolher e tentar proporcionar o bem estar físico e mental daquela criança, é tratar com carinho e realizar com amor aquilo que a gente está fazendo, é amar. Deixar o ambiente menos hostil e o mais acolhedor e agradável possível, minimizar ao máximo a agressão que esse meio traz. Diminuir o barulho, a iluminação, a conversação, eliminar os excessos, que são prejudiciais, e tentar aconchegar. É cuidar do profissional, humanizar os cuidados com o profissional, cuidar física e emocionalmente de quem cuida e promover capacitações continuadas, pois uma boa assistência depende do bem estar do profissional."

Aqui o sujeito coletivo destaca, com mais de 50%, a ideia central da **Assistência Integral**. Portanto, a importância do trabalho interdisciplinar e do acolhimento a todos os sujeitos envolvidos (pacientes, familiares e profissionais) fica evidente nesse discurso vinculado, oportunamente, com a Humanização da Assistência (Apêndice O).

A IC **Empatia**, explicitada pelo sujeito coletivo no trecho: “...*É se colocar no lugar do paciente, do acompanhante, da mãe...*”, foi destacada em mais de 30% das respostas.

Menos frequentes, porém não menos relevantes, as IC **Educação Permanente em Saúde** e **Estrutura do Serviço** são destacadas quando o sujeito coletivo afirma: “...*É cuidar do profissional,...cuidar física e emocionalmente de quem cuida e promover capacitações continuadas, pois uma boa assistência depende do bem estar do profissional."* e “...*Deixar o ambiente menos hostil... Diminuir o barulho, a iluminação, a conversação, eliminar os excessos, que são prejudiciais, e tentar aconchegar...*”, respectivamente.

4.2.2 2ª Etapa

Preparando a intervenção – Grupo Operativo:

Um grupo operativo é formado por seus integrantes e pelos facilitadores. Inicialmente, todos são informados sobre as regras básicas de seu funcionamento. Essas regras compõem o enquadre grupal. Os facilitadores de grupos operativos devem criar condições para a

comunicação e para o diálogo, e cada integrante do grupo participa, trazendo consigo a sua história pessoal (consciente e inconsciente). No processo de constituição do grupo, compartilham-se necessidades em função de objetivos comuns e cria-se uma nova história, através de uma construção coletiva, que dá ao grupo sua especificidade e identidade grupal. Desse contexto em diante, a produção do conhecimento ocorre nas ações do dia a dia, e essa aprendizagem mobiliza mudanças, “em que os integrantes deixam de ser espectadores e tornam-se protagonistas de sua história e da história de seu grupo”. Assim, o grupo parte da realidade, apropria-se dela e a transforma com ações (DIAS; CASTRO, 2006).

Grupo no qual a explicitação da tarefa e a participação através dela permite não só sua compreensão, mas também, sua execução, ou seja, um conjunto de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, e articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe explícita ou implicitamente uma tarefa que constitui sua finalidade (PICHON-RIVIÈRE, 2009).

Reuniões do Grupo Operativo: período: abril a agosto de 2012.

O grupo foi inicialmente formado por duas médicas, duas enfermeiras, duas fisioterapeutas e cinco técnicas de enfermagem, além da coordenadora (a pesquisadora) e a observadora externa. Porém, ao longo das reuniões, uma enfermeira se desligou, uma fisioterapeuta compareceu apenas nas últimas reuniões e uma médica participou de apenas três reuniões.

Os encontros do grupo operativo foram agendados semanalmente, havendo algumas modificações e adiamentos devido a imprevistos (greve geral de ônibus, alagamento na cidade, ausência de vários participantes em determinada semana). Foram realizados 16 encontros, com duração média de uma hora cada. Todos os encontros foram gravados e tiveram a participação de todas as categorias profissionais da UNN. O desenvolvimento dessa etapa foi descrito anteriormente (paginas 35 a 39).

A metodologia da problematização, operacionalizada através do Arco de Magueréz (Figura 2), foi adotada para orientação dos trabalhos durante o grupo operativo (BERBEL, 1995).

O Arco de Maguerez, base para a aplicação da Metodologia da Problematisação, foi elaborado na década de 70 do século XX, e tornado público por Bordenave e Pereira (1989) a partir de 1977, mas foi pouco utilizado na época pela área da educação. O livro de Bordenave e Pereira foi, por muito tempo, o único disponível nos meios acadêmicos sobre o Arco de Maguerez, aplicado como um caminho de Educação Problematisadora, inspirado em Paulo Freire (BERBEL; COLOMBO, 2007).

Figura 1. Arco de Maguerez



De acordo com Berbel (1998), “Esse arco tem a realidade social como ponto de partida e como ponto de chegada” (BERBEL, 1998).

Seguindo essa metodologia, inicialmente foi discutida a situação atual do manejo da dor neonatal na UNN (**observação da realidade**). No primeiro encontro, todos os participantes foram convidados a expor alguma situação real vivenciada, a qual houvesse marcado de forma positiva ou negativa a sua experiência, em ambiente profissional ou não, relacionada à dor. A partir dessa exposição, o GO escolheu uma das vivências para iniciar as discussões com o objetivo de destacar os pontos-chave.

A vivência escolhida correspondeu à experiência de uma das participantes que, durante o período em que trabalhava em uma unidade de terapia intensiva adulto e, frequentemente, realizava punções arteriais para coleta de exames em pacientes sob sua responsabilidade, necessitando de amostra de sangue para testar um equipamento após o conserto, voluntariou-se para que fosse colhido dela mesma.

Apesar do alerta por parte do colega médico de que uma punção arterial seria bastante dolorosa, resolveu se submeter à coleta, pois frequentemente realizava esse procedimento. Porém, essa experiência mostrou-se bastante dolorosa e inesquecível, uma vez que, a partir dessa vivência, referiu ter se tornado bastante criteriosa na solicitação e na coleta de exames, pois não queria que os pacientes sofressem como ela sofreu.

A partir desse contexto, foi iniciada uma discussão, visando identificar fatores que poderiam contribuir de forma positiva ou negativa para a adequada prática profissional com relação ao manejo da dor. Dessa forma, foram elencados como **pontos-chave**: empatia (capacidade de se colocar no lugar do outro), conhecimento (capacitação), protocolo específico, valorização do trabalho em equipe, sobrecarga de trabalho, lembrança/sensibilização quanto ao tema e quanto ao trabalho mecânico (prática não reflexiva).

A etapa seguinte (**teorização**) foi desenvolvida através da busca de material científico a respeito dos temas elencados como pontos-chave. Cabe ressaltar que essa busca deu-se por uma ação dos membros do GO, com discussão do material selecionado durante várias reuniões.

Assim, na fase de **elaboração de hipóteses de solução**, chegou-se à conclusão de que a prática precisava ser modificada e que algumas ações poderiam favorecer às mudanças necessárias, sendo apontadas como urgentes a humanização da assistência, elaboração de um Protocolo de Manejo da Dor Neonatal do HAM (Apêndice I) adequado às necessidades e à realidade do serviço e a capacitação de todos os profissionais.

O grupo identificou também a necessidade de lembrar os profissionais quanto à dor do bebê, sendo idealizada a figura do “fiscal da dor”.

Para esse fim, foi elaborada uma estratégia de capacitação e de sensibilização dos profissionais da UNN. A cada encontro, era reforçada a necessidade de capacitar todos os profissionais do serviço que prestavam assistência direta aos RN, não apenas os da UTIN, e as dificuldades que possivelmente surgiriam para que se colocassem em prática as hipóteses de solução propostas pelo grupo operativo.

Durante as reuniões do GO, emergiram várias situações vivenciadas pela equipe na sua prática diária e nos conflitos que colocavam em situação de risco o bom convívio e a atuação profissional, tais como: questões de relacionamento interpessoal, conflitos entre equipes e dentro da própria equipe, sentimentos de desvalorização profissional e de setores, dificuldades administrativas, escassez de recursos humanos, sobrecarga de trabalho e cobranças internas e externas. Diante desse cenário, os componentes do GO, os quais atuariam como facilitadores, buscaram se fortalecer para a resistência dos colegas e para os momentos de tensão que poderiam surgir ao longo dos encontros de capacitação.

Sentimentos vivenciados pela pesquisadora a partir da participação no grupo operativo:

- Essa fase gerou maior união dos componentes do grupo no sentido de fortalecimento. A insegurança gerada pela expectativa de momentos difíceis fez aumentar o sentido de equipe.
- Durante o processo, fui abordada por vários componentes da UNN, que não faziam parte do GO, buscando apoio para os problemas vivenciados no serviço. Acredito que o fato de ser membro da UNN há 13 anos, ter livre acesso aos vários setores e a categorias de profissionais, como também, desenvolver uma pesquisa relacionada à humanização da assistência geraram nos colegas uma expectativa de que pudéssemos ajudar a solucionar várias questões do serviço. Sentimentos: ansiedade e desafio.

Por fim, a 5ª etapa do Arco de Magueres (**aplicação à realidade**) foi desenvolvida através das estratégias definidas pelo GO: divulgação e disponibilização do protocolo; capacitação em serviço; criação de *banner* (visando trazer à lembrança o tema); criação de um novo impresso de registro de cuidados de enfermagem contemplando, a utilização da Escala de Avaliação de Dor Neonatal (NIPS - *Neonatal Infant Pain Scale*), para avaliação da dor neonatal como 5º sinal vital (a cada 3 horas); disponibilização de impresso com as escalas NIPS e a Escala de Codificação de Atividade Facial Neonatal (NFCS - *Neonatal Facial Coding Scale*), para cada leito da UTIN; estímulo à implantação de um “fiscal da dor” a cada plantão (profissional de qualquer categoria que teria o compromisso de lembrar a toda a equipe o cumprimento do protocolo) e a utilização dos “crachás de doação” (já descrito na página 39).

Os encontros do GO foram gravados e transcritos e o conteúdo será analisado posteriormente.

4.2.3 3ª Etapa

Nessa etapa foi aplicado o mesmo questionário da primeira etapa, acrescido de algumas questões quantitativas relativas às estratégias definidas pelo GO e duas questões abertas complementares:

- Na sua opinião, ocorreu alguma mudança na prática do manejo da dor na UTIN do HAM?

- a) Caso a resposta seja SIM, quais as mudanças que você identifica e o que você acha que contribuiu para que essas mudanças acontecessem?
- b) Caso a resposta seja NÃO, o que você acha que vem dificultando o processo de mudança em relação ao manejo da dor na UTI neonatal?

Essas perguntas tiveram o objetivo de perceber a visão dos profissionais a respeito da capacitação realizada, a ocorrência de mudanças na prática do manejo da dor e os fatores que influenciaram positiva ou negativamente a ocorrência dessas.

Participaram dessa fase 60 profissionais, sendo 33 de nível superior e 27 de nível médio. Observou-se, no caso em que foram respondidas às duas questões (nove participantes), a tentativa de apontar os fatores positivos e negativos, independente do relato da ocorrência ou não de mudanças na prática.

Para o componente qualitativo, optou-se por analisar todas as respostas obtidas, independente do sujeito ter participado das duas fases do estudo e/ou da capacitação.

As duas perguntas tiveram, como produto, as mesmas quatro ideias centrais (Apêndice P). Optou-se, assim, por um DSC para cada pergunta, uma vez que as respostas apresentavam sentidos opostos (contribuições positivas e negativas ao processo de mudança). As IC, com as respectivas frequências, estão descritas nos Quadros 5 e 6.

Quadro 5. Ideia central - pergunta 1 - 3ª etapa. Manejo da dor neonatal. UTIN-HAM. Recife, 2013:

1) Caso a resposta seja SIM, quais as mudanças que você identifica e o que vc acha que contribuiu para que essas mudanças acontecessem?			
A	Prática Reflexiva	21	47,73 %
B	Assistência Integral - Rotina	17	38,64 %
C	Educação Permanente	5	11,36 %
D	Organização do serviço	1	2,27 %
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA		44	

Fonte: Aymar, 2013.

Discurso do sujeito coletivo:

“Agora temos mais cuidado, estamos mais sensíveis às expressões dos RNs, mais atentos, cobramos e somos cobrados e observamos o comportamento dos RNs quanto à dor. Quando vamos fazer procedimentos que provocam dor, realizamos métodos para aliviar. Com mais frequência se prescrevem analgésicos e se avalia a dor e sempre são utilizados métodos não farmacológicos. Tentamos agrupar procedimentos para diminuir o tempo de incômodo dos RNs. Respeitamos mais o sono, passamos a pesar os RNs no horário do asseio corporal, exame físico e aleitamento, para que os mesmos tenham o sono respeitado. Os exames são realizados mais agrupados. A conscientização e o conhecimento sobre o manejo da dor, a capacitação, contribuiu muito para a mudança. A padronização, com a implantação da escala de dor, ajudou na conscientização e no trabalho em equipe nos procedimentos. O protocolo da dor tornou o cuidado humanizado em relação aos procedimentos dolorosos. Todos foram capacitados e conscientizados para usar a escala e sabem da importância de aliviar a dor.”

Quadro 6. Ideia central - pergunta 2 - 3ª etapa. Manejo da dor neonatal. UTIN-HAM. Recife, 2013:

2) Caso a resposta seja NÃO, o que você acha que vem dificultando o processo de mudança em relação ao manejo da dor na UTI neonatal?			
A	Organização do serviço	6	37,50 %
B	Prática não reflexiva	5	31,25 %
C	Assistência Integral	2	12,50 %
D	Educação Permanente em Saúde	3	18,75 %
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA		16	

Fonte: Aymar, 2013.

Discurso do sujeito coletivo:

“A sobrecarga de trabalho. Existem muitas crianças, está além da capacidade da UTI neonatal. Logo, o tempo não é suficiente para prestar a atenção necessária. O volume de pacientes e as intercorrências são tantas, que não se pode colocar em prática o que aprendemos. A UTI continua sendo um ambiente com muito barulho. O trabalho ainda é mecânico e repetitivo e nem todos os funcionários estão conscientizados. Apesar de saberem, ainda não faz com muita frequência, principalmente a escala da dor. É necessário treinar a equipe do laboratório. A falta de estímulo profissional, a cobrança sempre punitiva e nunca estimulativa. Além disso, a rotatividade de funcionários e a falta material. Existem impressos sem a escala de dor no serviço, desatualizados, mas que devem ser usado, pois não podemos jogar fora.”

Observa-se que as ideias centrais foram coerentes nas 1ª e 3ª etapas da pesquisa: **Organização do Serviço, Educação Permanente em Saúde, Prática Reflexiva e Assistência Integral.**

No entanto, embora as frequências das IC tenham obtido posições diferentes entre as duas respostas, não há dúvidas para o sujeito coletivo quais os impasses que devem ser abordados quando se objetivam mudanças na prática e a melhoria da assistência.

A percepção de melhorias advindas do processo iniciado na unidade fica explícita quando o sujeito coletivo diz: *“...A conscientização e o conhecimento sobre o manejo da dor, a capacitação, contribuiu muito para a mudança...”*. As principais estratégias definidas pelo GO, elaboração do protocolo e capacitação dos profissionais, foram reconhecidas pelo sujeito coletivo

como fundamentais no processo de mudança na prática diária: “...*O protocolo da dor tornou o cuidado humanizado em relação aos procedimentos dolorosos. Todos foram capacitados e conscientizados para usar a escala e sabem da importância de aliviar a dor.*”

Por outro lado, são apontadas também deficiências e pontos que necessitam atenção especial: “...*A UTI continua sendo um ambiente com muito barulho...É necessário treinar a equipe do laboratório...*”. Aqui o sujeito coletivo destaca também a importância do trabalho em equipe, o trabalho interdisciplinar, chamando a atenção de que todos os sujeitos participantes da atenção ao paciente precisam estar envolvidos no processo.

Não se pode desconsiderar que, quando o sujeito coletivo aponta os fatores que estariam dificultando as mudanças desejadas, a **Organização do Serviço** é a ideia central referida com maior frequência: “...*Existem muitas crianças, está além da capacidade da UTI neonatal... Além disso, a rotatividade de funcionários e a falta de material...*” outrossim, se for considerado que a **Educação Permanente em Saúde** constitui uma estratégia fundamental para a Política Nacional de Humanização, podendo também ser considerada como ponto integrante da estrutura do serviço, haverá um maior destaque para essa IC.

A **Prática Não Reflexiva** ainda é observada e apontada pelo sujeito coletivo: “...*O trabalho ainda é mecânico e repetitivo...*”. Nessa IC, o sujeito coletivo aponta mais um impasse às melhorias desejadas.

Quanto a IC **Assistência Integral**, referida por 38,4% e 12,5% nas perguntas 1 e 2 respectivamente, o sujeito coletivo afirma: “...*houve uma significativa melhora da percepção da dor do RN por parte da equipe como um todo... A padronização, com a implantação da escala de dor, ajudou na conscientização e no trabalho em equipe*”. Nessa categoria, foi reforçada a ideia de que a assistência integral está ligada a estabelecimento de meios efetivos de ação, através de adequada estrutura do serviço e material humano habilitado ao seu desempenho e, sobretudo, a importância do trabalho em equipe.

5 DISCUSSÃO

O desenvolvimento deste estudo despertou nos participantes inquietações com relação à estrutura do serviço, no tocante ao dimensionamento dos recursos humano e material adequados, como também em relação à importância da educação permanente e da humanização da assistência. A participação do profissional na capacitação instrumentalizou-o para uma avaliação do serviço. Esse fato traduz um maior conhecimento técnico e uma visão crítica das práticas, evidenciando um resultado positivo da intervenção realizada.

As normas utilizadas como referenciais para a avaliação do serviço foram: a Norma Operacional Básica do SUS/1996 (NOB-SUS/96) e a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 7 de 24 de fevereiro de 2010 (BRASIL, 1997), (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde, em 1996, publicou a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a NOB-SUS/96. Trata-se de um instrumento de regulação do Sistema Único de Saúde e inclui as orientações operacionais, dando consequências práticas aos princípios e às diretrizes do SUS (BRASIL, 1997).

A ANVISA, em 24 de fevereiro de 2010, adotou a RDC número 7, publicada no Diário Oficial da União de 25/02/2010, que “...dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.” (BRASIL, 2010).

Além de dispor sobre a infraestrutura física, sobre o dimensionamento dos recursos humano e material e sobre o processo de trabalho, a RDC – ANVISA nº 7 estabelece requisitos de organização dos serviços, incluindo a existência de normas e de rotinas de procedimentos assistenciais elaborados em conjunto com os setores, revisadas anualmente e disponibilizadas para todos os profissionais, e determinação de que a “...a equipe da UTI deve participar de um programa de educação continuada...” (BRASIL, 2010).

Atualmente o serviço não está em conformidade com o que determina a RDC – ANVISA nº 7 com relação a vários itens, destacando-se: o dimensionamento de recursos humanos, a “educação continuada” e a existência de protocolos de condutas específicos para os setores. O quadro de funcionários, em especial os de nível médio efetivos da UTIN-HAM, está muito aquém do necessário (BRASIL, 2010).

Ao se observar, por exemplo, o número de profissionais de nível médio lotados no setor, de acordo com a determinação vigente, a UTIN-HAM deveria contar com 54 técnicos de enfermagem, contudo atualmente, dispõe de apenas 33 servidores (BRASIL, 2010).

O artifício utilizado pelos gestores do serviço para manter o funcionamento da unidade (contratação temporária de profissionais e/ou aumento de carga horária) pode ser questionado em sua segurança e em sua adequação. A alta rotatividade, associada, muitas vezes, à falta de homogeneidade técnica dos profissionais, não favorece ao estabelecimento de vínculos com a instituição e à equipe, podendo, assim, comprometer a qualidade da assistência.

O papel dos gestores na implementação de melhorias é primordial, e a ANVISA determina que a direção do serviço deva garantir: “...o provimento dos recursos humanos e materiais necessários ao funcionamento da unidade e à continuidade da atenção, em conformidade com as disposições desta RDC.” (BRASIL, 2010).

Igualmente, os demais sujeitos envolvidos nesse processo de assistência integral e de humanização da assistência também devem assumir a sua parcela de responsabilidade, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização em Saúde (BRASIL, 2004), quando enfatiza o controle social e a gestão participativa, compondo seus princípios norteadores.

Para o sujeito coletivo, é expressiva a responsabilidade dos profissionais na prática diária, seguida pelo papel do serviço. Como referido na literatura (AYMAR; COUTINHO, 2008), entre os fatores que influenciam o adequado manejo da dor neonatal estão aqueles relacionados aos profissionais, destacando-se os fatores individuais e o conhecimento a respeito do tema, e aqueles relacionados ao serviço, como a existência de protocolos e a disponibilidade dos recursos material e humano adequados.

Entre os fatores relacionados aos profissionais, destacam-se a empatia, aqui entendida como a capacidade de se colocar no lugar do outro, a sensibilidade e a motivação para aliviar a dor, além do conhecimento técnico adequado (AYMAR; COUTINHO, 2008).

Em um ambiente hospitalar, mais especificamente, em uma unidade de terapia intensiva, são utilizadas técnicas e procedimentos sofisticados, que podem propiciar a superação de condições que colocam em risco a vida dos pacientes. Entretanto, a permanência em UTIN coloca o bebê em um ambiente hostil, onde há exposição intensa a estímulos muitas vezes nocivos, como o estresse e a dor. Afinal, ruídos, luz intensa e contínua, procedimentos clínicos invasivos e dolorosos são frequentes nessa rotina. Logo, os pequenos pacientes convivem com inúmeras

terapias agressivas, que podem produzir desorganização fisiológica e comportamental. Além disso, são contínuas as admissões e as intervenções nesse setor e, no meio dessas atividades, encontra-se o bebê.

A equipe de profissionais que trabalha em UTIN, por sua vez, também está sob vários estímulos estressantes como ritmo de trabalho intenso e exaustivo, necessidade constante de eficiência e de atualização de conhecimentos, além de relações interpessoais e entre equipes, muitas vezes, desgastantes.

Todos esses fatores, associados a questões individuais e às deficiências na estrutura do serviço, tornam a permanência em UTIN um desafio para todos os sujeitos envolvidos. Contudo, apesar desse cenário, vem sendo observada uma mudança de consciência e de comportamento por parte de alguns profissionais quanto à importância de se prestar uma assistência humanizada, como evidenciou o sujeito coletivo: “...houve uma significativa melhora da percepção da dor do RN por parte da equipe como um todo...”. Esse fato demonstra que, uma vez mobilizados e integrados ao processo, os profissionais podem superar as dificuldades e transformar a realidade.

Quando se pensa em humanização da assistência, vislumbra-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Isso pressupõe condições dignas de trabalho e de remuneração, adequação do número de profissionais/pacientes e de pacientes/perfil da unidade, acesso à informação, fortalecimento do controle social, gestão participativa, fortalecimento do trabalho em equipe e educação permanente para os trabalhadores (BRASIL, 2004).

Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais, pontos destacados pelo sujeito coletivo como frágeis no serviço e determinantes no processo de melhoria da assistência (BRASIL, 2004).

Assim, embora a humanização não possa ser dissociada da educação permanente, em geral, observa-se que a educação na área da saúde encontra-se reduzida à transmissão de conhecimentos e à atualização tecnológica, deixando-se, em segundo plano, os aspectos éticos e humanísticos.

Portanto, é necessário repensar as ações em saúde, visando à humanização da assistência com foco no atendimento às necessidades de todos os sujeitos envolvidos, priorizando a

adequação dos serviços e a educação permanente, como preconiza a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004).

Por conseguinte, a questão do conhecimento dos profissionais, assim como, a disponibilidade e o cumprimento de um protocolo específico sobre o tema remetem à importância da educação permanente em saúde, que trabalha com ferramentas os quais buscam a reflexão crítica sobre a prática cotidiana dos serviços de saúde. Nessa ideia central, o sujeito coletivo diz: “...*É necessário investir em qualificação permanente por várias vias, até mudar a postura do profissional...*”.

Outrossim, a proposta da educação permanente em saúde busca aperfeiçoar os mecanismos de capacitação e a sensibilização dos profissionais, tornando-os mais participativos, respeitando o conhecimento prévio e ampliando os espaços de aprendizagem no próprio local de atuação. Um dos fatores mais importantes dessa proposta é a reflexão crítica dos processos de trabalho (BRASIL, 2006).

O desenvolvimento de um protocolo próprio do serviço e de práticas de sensibilização e de envolvimento de toda a equipe no processo de mudança também foram algumas das estratégias definidas pelo GO e questionadas aos participantes na fase de reavaliação.

Além disso, o questionamento sobre a existência de normas e de rotinas relativas ao manejo da dor mostrou considerável diferença entre as duas etapas da pesquisa, evidenciando que o Protocolo de Manejo da Dor Neonatal foi bem divulgado, sendo de conhecimento da maioria dos profissionais.

Com relação à utilização de métodos de alívio da dor em procedimentos, destaca-se que todos os procedimentos e as situações incluídos nos questionários são reconhecidamente dolorosos e, para a maioria, existem recomendações específicas de métodos para seu alívio (SILVA; CHAVES; CARDOSO, 2009), (LIMA; CARMO, 2010), (FERNANDES; CAMPBELL-YEO; JOHNSTON, 2011), (JOHN HUNTER CHILDREN'S HOSPITAL, 2011), (MARCATTO; TAVARES; SILVA, 2011), (LIMA *et al.*, 2012), (HALL, 2012).

No tocante ao alívio da dor na intubação orotraqueal eletiva e na ventilação mecânica, não se observou significância estatística após a intervenção. Entretanto, vale salientar que o protocolo elaborado pelo grupo operativo e adotado no serviço não incluiu recomendações bem definidas quanto à utilização de drogas para essas situações específicas, embora a literatura oriente diversas opções terapêuticas (BOYLE *et al.*, 2006), (SILVA *et al.*, 2007), (JOHNSON, 2009), (HALL;

SHBAROU, 2009), (PENIDO *et al.*, 2010), (HALL, 2012), (LIMA *et al.*, 2012), (BILLINGHAM, 2012).

É também importante destacar a referência dos participantes quanto à frequência da utilização de escalas para avaliação da dor. Considera-se relevante esse dado, pois a condição primordial para instituição de uma conduta adequada é a correta avaliação da situação na qual se pretende intervir (SILVA *et al.*, 2007).

Portanto, fica claro que, embora tenham sido vislumbradas melhorias, muitas mudanças ainda são necessárias. A existência de um núcleo de Educação Permanente no HAM há aproximadamente dois anos, sem que os sujeitos participantes desse estudo (incluindo a pesquisadora) tivessem conhecimento, chama a atenção para a dificuldade de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, a qual objetiva formar profissionais que reflitam sobre a sua própria prática, pois a reflexão é um instrumento de desenvolvimento do pensamento, da ação e de desenvolvimento profissional (BRASIL, 2006).

Dessa forma, vê-se que a evidente dicotomia entre a teoria e a práxis consiste ainda em um desafio para vários estudiosos do tema. A literatura refere que o acesso ao conhecimento e a existência de normas e de rotinas não bastam pra que se evidenciem mudanças na prática diária, ao que diz Vásquez:

Do papel determinante da prática – como fundamento, fim e critério do conhecimento verdadeiro – não se pode extrair a conclusão de que a teoria e a prática se identifiquem, ou de que a atividade teórica se transforme automaticamente em prática. Impede chegar a essa conclusão o fato de que a prática não fala por si mesma e exige, por sua vez, uma relação teórica com ela: a compreensão da práxis (VÁSQUEZ, 2007).

A prática não reflexiva ainda é observada e apontada pelo sujeito coletivo: “...*O trabalho ainda é mecânico e repetitivo...*”. No entanto, aqui se evidencia uma visão crítica mais aguçada uma vez que o termo “*ainda*” expressa uma ideia de movimento, de processo em andamento. Dessa forma, sugere que a consciência do que e como se faz, ou seja, a *práxis* reflexiva, seria uma realidade possível de ser alcançada pelos sujeitos deste estudo.

Vale ressaltar também o pequeno período de intervalo entre a intervenção e a reavaliação (quatro meses) o que, em concordância com estudos realizados, poderia justificar alguns

resultados negativos, como elevados percentuais de referência a falta de conhecimentos e de necessidade de mudanças após a intervenção. Pois, conforme está referido na literatura, o conhecimento a respeito do tema demora a ocasionar mudanças nas práticas clínicas (HARRISON; LOUGHNAN; JOHNSTON, 2006), (GRAY *et al.*, 2006), (HEATON; HERD; FERNANDO, 2007), (FOSTER *et al.*, 2013).

Além disso, a sobrecarga de trabalho e a rotina, impostas pelo perfil da unidade e da carência de recursos humanos, contribuem para que o sujeito coletivo destaque na IC estrutura do serviço: “...*Existem muitas crianças, está além da capacidade da UTI neonatal... Além disso, a rotatividade de funcionários e a falta de material...*”.

Apesar das dificuldades encontradas, foram observadas melhorias no manejo da dor após a intervenção, principalmente no que concerne à avaliação, cumprimento de normas e rotinas e utilização de medidas para alívio da dor para a maioria dos procedimentos pesquisados. Esses resultados do componente quantitativo estão em consonância com o que o sujeito coletivo destacou: “*Agora temos mais cuidado, estamos mais sensíveis às expressões dos RNs... A conscientização e o conhecimento sobre o manejo da dor, a capacitação, contribuiu muito para a mudança.*”, demonstrando a efetividade da intervenção realizada.

Logo, compreende-se que, para alcançar a transformação desejada no manejo da dor no cenário de uma unidade de terapia intensiva neonatal, transformando a *práxis* reiterativa em uma *práxis* reflexiva, é necessário que a equipe sinta-se parte do processo, comprometida e valorizada em suas particularidades, que a estrutura do serviço seja adequada e que a humanização da assistência seja priorizada.

Neste estudo, observou-se também que as ideias centrais das duas fases da pesquisa (1ª etapa e reavaliação) coincidiram com os pontos-chave apontados pelo grupo operativo, evidenciando que os componentes do GO foram representativos do universo de profissionais da unidade e conseguiram retratar, com propriedade, a realidade do serviço. Assim, foi possível desenvolver estratégias que, por estarem baseadas nas necessidades e nas condições atuais do serviço, tiveram maior chance de obter um resultado positivo, ou seja, a melhoria no manejo da dor neonatal.

Portanto, conclui-se que a intervenção educativa proposta, junto com as demais estratégias definidas pelo grupo operativo, trouxe melhorias no manejo da dor neonatal no serviço,

mostrando-se efetiva. No entanto, como referido anteriormente, as mudanças são processos que demandam certo tempo para serem efetivadas, porém o processo foi iniciado...

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tratou-se de um estudo pioneiro no país, na área do intensivismo neonatal, utilizando a pesquisa-ação como metodologia para uma intervenção efetiva na melhoria do manejo da dor, podendo servir como parâmetro para outros serviços em contextos institucionais semelhantes.

O desenvolvimento dessa pesquisa permitiu, dentre outras análises, um melhor conhecimento das práticas atuais na unidade e poderá servir como instrumento para tomada de decisões e de planejamento de ações no sentido da melhoria da assistência neonatal no serviço do estudo.

Verificou-se que, apesar do manejo da dor neonatal no serviço selecionado ainda estar aquém das recomendações atuais, um processo de mudança foi iniciado e que, principalmente, os sujeitos envolvidos comprovaram ser possível transformar a realidade quando a isso se propõem.

Acredita-se ser imprescindível a apresentação desses resultados aos gestores e aos profissionais envolvidos na assistência ao neonato de risco do serviço estudado, com a finalidade de instrumentalizá-los para, a partir de então, ser traçada uma estratégia de implantação/implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde, incluindo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Com a finalidade de se alcançar o princípio da integralidade da assistência, é preciso que a formação profissional seja um processo em que o domínio dos conhecimentos científico e técnico estejam associados à capacidade de analisar e de refletir. Além disso, o atual modelo centrado no diagnóstico/tratamento necessita ser substituído por um enfoque integral do processo saúde/doença, promoção de saúde e de prestação do cuidado.

A educação formal de profissionais de saúde bem como o processo de educação em serviço devem contemplar a formulação de objetivos atitudinais da mesma forma que valorizam os objetivos cognitivos e os procedimentais no processo de ensino-aprendizagem. Essa proposta de mudança, explicitamente declarada nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da área de saúde e na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde podem contribuir para solucionar os problemas identificados pelos participantes deste estudo com relação ao manejo da dor em UTIN.

O tema “dor”, especificamente do período neonatal, necessita ser priorizado durante a formação profissional, uma vez que a sua ocorrência prolongada e/ou repetitiva ocasiona efeitos nocivos a curto, a médio e a longo prazo no organismo em desenvolvimento.

Assim, considera-se interessante repetir a avaliação após um período mais longo de observação, com o objetivo de verificar se transformações mais significativas necessitariam de mais tempo para sua efetivação.

E, ao se retornar à pergunta condutora dessa pesquisa: “Uma ação educativa para os profissionais de saúde pode conduzir a uma prática reflexiva no manejo da dor em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal?”, certamente se responde SIM!

Todavia, não se pode cometer o equívoco de acreditar que as transformações foram definitivas, permanentes ou suficientes. No contexto atual, observou-se efetividade da intervenção educativa, porém diversos fatores institucionais e individuais, em constante movimento/modificação necessitam ser considerados para que os resultados obtidos não se limitem a uma mudança fugaz.

Com mobilização contínua sob a forma de educação permanente e da adequação da estrutura do serviço, acredita-se que as transformações alcançadas serão mantidas e os pontos que ainda necessitam de atenção serão objeto de reflexão-ação dos sujeitos envolvidos.

Outrossim, uma conclusão é certa: mais do que a tentativa de adequar a prática do manejo da dor em uma UTI neonatal, ocorreram transformações pessoais e nas relações interpessoais da maioria dos envolvidos nesse trabalho, em especial, na minha forma de ver e de perceber o mundo.

Enfim, essa foi uma experiência transformadora, libertadora, pois como diria Paulo Freire: “[...] *e uma das condições necessárias a pensar certo é não estarmos demasiado certos de nossas certezas.*” (FREIRE, 1996).

REFERÊNCIAS

- AYMAR, Carmen Lúcia Guimarães de. **Manejo da Dor e uso de Analgesia Sistêmica em Neonatologia**. 2008. 74 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
- AYMAR, Carmen Lúcia Guimarães.; COUTINHO, Sônia Bechara. Fatores relacionados ao uso de analgesia sistêmica em neonatologia. **Rev Bras Ter Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 405-410, 2008.
- BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 2, n. fevereiro, p. 139-154, 1998.
- BERBEL, Neusi Aparecida Navas. Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 16, n. 2, p. 9-19, 1995.
- BERBEL, Neusi Aparecida Navas; COLOMBO, Andréa Aparecida. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, 2007.
- BILLINGHAM, Stacy. Rapid Sequence Intubation. **Journal of Neonatal Nursing**, v. 18, n. 1, p. 25-29, fev. 2012. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S135518411000270X>>. Acesso em: 2 maio 2013.
- BOYLE, Elaine M *et al.* Assessment of persistent pain or distress and adequacy of analgesia in preterm ventilated infants. **Pain**, v. 124, n. 1-2, p. 87-91, set. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16725260>>. Acesso em: 29 abr. 2013.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: promulgada em 5 de outubro de 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. RESOLUÇÃO-RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC N%C2%BA 7-2010.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%207-2010.pdf)>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Editora MS, 2006. 20 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Editora MS, 2004. 20 p (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Editora MS, 2009. 64 p (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

CARBAJAL, Ricardo *et al.* Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. **JAMA : the journal of the American Medical Association**, v. 300, n. 1, p. 60-70, 2 jul. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18594041>>.

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

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**,

CONANDA - CONSELHO NACIONAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E ADOLESCENTE (Brasil). Resolução nº 41, 13 de outubro de 1995. Dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada; Diário Oficial da República Federativa do Brasil (BR): Seção I, p.16319-20, 17 de outubro de 1995.

CYRINO, Eliana Goldfarb; TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004.

DE LIMA, Jonathan; CARMO, Kathryn Browning. Practical pain management in the neonate. **Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology**, v. 24, n. 3, p. 291-307, set. 2010. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1521689610000534>>. Acesso em: 14 mar. 2013.

DIAS, Ruth Borges; CASTRO, Fábio Morais. **Grupos Operativos. Grupo de Estudos em Saúde da Família**. Belo Horizonte: [s.n.]. Disponível em: <<http://www.smmfc.org.br/gesf/goperativo.htm>>., 2006.

DIONE, Hugues. **A pesquisa-ação para o desenvolvimento local**. Brasília: Liber Livro, 2007. 132 p, v 16 (Série Pesquisa).

EKIM, Ayfer; OCAKCI, Ayse Ferda. Knowledge and Attitudes Regarding Pain Management of Pediatric Nurses in Turkey. **Pain Management Nursing**, abr. 2012. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1524904212000367>>. Acesso em: 2 maio 2013.

FERNANDES, Ananda; CAMPBELL-YEO, Marsha; JOHNSTON, C Celeste. Procedural pain management for neonates using nonpharmacological strategies: Part 1: sensorial interventions. **Advances in neonatal care: official journal of the National Association of Neonatal Nurses**,

v. 11, n. 4, p. 235-41, ago. 2011. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22123343>>. Acesso em: 2 maio 2013.

FEUERWERKE, Laura Camargo Macruz; CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007.

FOSTER, J. *et al.* Procedural pain in neonates in Australian hospitals: a survey update of practices. **J Paediatr Child Health**, v. 49, n. 1, p. E35-E39, 2013.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**: Saberes necessários à prática educativa. São Paulo, SP: Editora Paz e Terra, 1996. p. 146.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. p. 213.

GAIVA, M.A.M; DIAS, N.S. Dor no recém-nascido: percepção de profissionais de saúde de um hospital universitário. **Rev Paul Enf**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 234-239, 2002.

GASPARDO, C.M.; LINHARES, M.B.; MARTINEZ, F.E. A eficácia da sacarose no alívio da dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. **J Pediatr (Rio J)**, v. 81, n. 6, p. 435-442, 2005.

GLOVER, V.; FISK, N.M. Fetal pain: implications for research and practice. **Br J Obstet Gynaecol**, v. 106, p. 881-886, 1999.

GONDIM, Sônia Maria Guedes; FISHER, Tânia. O Discurso , a análise de discurso e a metodologia do discurso do sujeito coletivo na gestão intercultural. **Cadernos Gestão Social**, Salvador, v. 2, n. 1, p. 09-26, 2009.

GRAY, P.H. *et al.* Pain relief for neonates in Australian hospitals: A need to improve evidence-based practice. **J Paediatr Child Health**, v. 42, p. 10-13, 2006.

GRUNAU, R.E.; HOLST, L.; PETERS, J.W.B. Long-term consequences of pain in human neonates. **Semin Fetal Neonatal Med.**, v. 11, p. 268-275, 2006.

GUINSBURG, Ruth *et al.* A dor do recém-nascido prematuro submetido a ventilação mecânica através de cânula traqueal. **J. Pediatr. (Rio)**, v. 70, n. 2, p. 82-90, 1994.

GUINSBURG, Ruth. **A dor que não fala**. 2001. Tese (Livre docência em Saúde Materno Infantil) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001.

GUINSBURG, Ruth. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. **J. Pediatr. (Rio)**, v. 75, n. 3, p. 149-160, 1999.

GUINSBURG, Ruth *et al.* O que os pediatras conhecem sobre avaliação e tratamento da dor no recém-nascido? **J Pediatr (Rio J)**, v. 79, n. 3, p. 265-272, 2003.

HALL, R Whit. Anesthesia and analgesia in the NICU. **Clinics in perinatology**, v. 39, n. 1, p. 239-54, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22341549>>. Acesso em: 19 mar. 2013.

HALL, R Whit; SHBAROU, Rolla M. Drugs of choice for sedation and analgesia in the neonatal ICU. **Clinics in perinatology**, v. 36, n. 2, p. 215-26, vii, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19559316>>. Acesso em: 2 maio 2013.

HARRISON, D.; LOUGHNAN, P.; JOHNSTON, L. Pain assessment and procedural pain management practices in neonatal units in Australia. **J Paediatr Child Health**, v. 42, n. 1-2, p. 6-9, 2006.

HEATON, P.; HERD, D.; FERNANDO, A. Pain relief for simple procedures in New Zeland neonatal units: Practice change over six years. **J Paediatr Child Health**, v. 43, p. 394-397, 2007.

HENNING, M.A.S.; GOMES, M.A.S.M.; GIANINI, N.O.M. Conhecimentos e prática dos profissionais de saúde sobre a “atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso-método canguru”. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, v. 6, n. 4, p. 427-435, 2006.

JOHN HUNTER CHILDREN'S HOSPITAL. **Guideline**. New South Wales /AU. 11th May, 2011. 8 p.

JOHNSON, Robert V. Caring for intubated newborns: analgesia and sedation. Collaborative discussions between the Ospedale Pediatrico Bambino Gesù and the Mayo Clinic. **Paediatrics and Child Health**, v. 19, p. S15-S17, out. 2009. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1751722209001322>>. Acesso em: 2 maio 2013.

JOHNSTON, Céleste *et al.* Pain in Canadian NICUs: have we improved over the past 12 years? **The Clinical journal of pain**, v. 27, n. 3, p. 225-32, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21178602>>.

LAGO, Paola *et al.* Procedural pain in neonates: the state of the art in the implementation of national guidelines in Italy. **Paediatric anaesthesia**, v. 23, n. 5, p. 407-14, maio 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23301982>>. Acesso em: 2 maio 2013.

LAGO, Patrícia M *et al.* Analgesia e sedação em situações de emergência e unidades de tratamento intensivo pediátrico. **J Pediatr (Rio J)**, v. 79, n. 2, p. S223-S230, 2003.

LEE, S. J. *et al.* Fetal Pain: A Systematic Multidisciplinary Review of the Evidence. **JAMA : the journal of the American Medical Association**, v. 294, n. 8, p. 947-954, 2005.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria. **Pesquisa de Representação Social - Um Enfoque Qualiquantitativo**. Brasília: Liber Livro Editora, 2010. p. 224.

LIMA, Évily Caetano *et al.* A analgesia sistêmica neonatal como medida terapêutica no tratamento da dor do recém- nascido. **Com. Ciências Saúde**, v. 22, n. 3, p. 221-229, 2012.

LIMA, J.; CARMO, K.B. Practical pain management in the neonate. **Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology**, v. 24, p. 291-301, 2010.

MAIA, Alessandra Costa A; COUTINHO, Sônia Bechara. Fatores que influenciam a prática do profissional de saúde no manejo da dor do recém-nascido. **Rev Paul Pediatr**, v. 29, n. 2, p. 270-276, 2011. MARCATTO, Juliana de Oliveira; TAVARES, Eduardo Carlos; SILVA, Yerkes Pereira e. Benefícios e limitações da utilização da glicose no tratamento da dor em neonatos: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 23, n. 31, p. 228-237, 2011.

MARCUS, D.A. A review of perinatal acute pain to reduce adult chronic pain. **J Headache Pain**, v. 7, p. 3-8, 2006.

MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maaria Alice Dias da Silva. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 17-25, 2004.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**. p. 161-77, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica do sistema Único de Saúde/NOB - SUS/96**. Brasília, 1997.

NUNES, Lucília. Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 41-50, 2008.

PEDROSO, Raquel Turci; VIEIRA, Maria Edna Moura. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. **COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO**, v. 13, n. 1, p. 695-700, 2009.

PENIDO, Márcia Gomes *et al.* Remifentanil in neonatal intensive care and anaesthesia practice. **Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)**, v. 99, n. 10, p. 1454-63, out. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20491695>>. Acesso em: 3 jun. 2013.

PEREIRA, Maurício Gomes. **EPIDEMIOLOGIA TEORIA E PRÁTICA**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2005. p. 358-76.

PERNAMBUCO, SECRETARIA DE SAÚDE. **SINASC**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvpe.def>. Acesso em 20/05/2013.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **ENRIQUE PICHON-RIVIÈRE O processo grupal**. 8ª. ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes Ltda, 2009. p. 286

PRESTES, Ana Cláudia Y. *et al.* Frequência do emprego de analgésicos em unidades de terapia intensiva neonatal universitárias. **J Pediatr (Rio J)**, v. 81, n. 5, p. 405-410, 2005.

SAMPIERI, Roberto Hernandez; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Pilar Batista. **Metodologia de Pesquisa**. 3^a. ed. São Paulo: [s.n.], 2006. p. 583

SILVA, Tereza Mônica da; CHAVES, Edna Maria Camelo; CARDOSO, Maria Vera Lúcia Leitão. Dor sofrida pelo recém-nascido durante a punção arterial. **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 4, p. 726-732, 2009.

SILVA, Y.P. e; SILVA, J.F.; BARBOSA, S.M.M. **História da Dor em pediatria** - A situação do Brasil. In: SILVA, Y.P. E; SILVA (Org.). **Dor em Pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 3-7.

SILVA, Yerkes Pereira e *et al.* Avaliação da Dor em Neonatologia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 57, n. 5, p. 565-574, 2007.

SILVA, Yerkes *et al.* Morphine versus remifentanil for intubating preterm neonates. **Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition**, v. 92, n. 4, p. F293-4, jul. 2007. Disponível em:

<<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2675432&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>. Acesso em: 3 jun. 2013.

SIMONS, S.H.P.; TIBBOEL, L D. Pain perception development and maturation. **Semin Fetal Neonatal Med.**, v. 11, p. 227-231, 2006.

THEWISSEN, Liesbeth; ALLEGAERT, Karel. Analgosedation in neonates: do we still need additional tools after 30 years of clinical research? **Archives of disease in childhood. Education and practice edition**, v. 96, n. 3, p. 112-8, jun. 2011. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21362691>>. Acesso em: 2 maio 2013.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. 16. ed. São Paulo: [s.n.], 2008. p. 132

VAN DE VELDE, M. *et al.* Fetal pain perception and pain management. **Semin Fetal Neonatal Med.**, v. 11, p. 232-236, 2006.

VÁSQUEZ, Adolfo Sanchez. Filosofia da práxis. São Paulo: Expressão Popular, 2007. p. 488

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

WOLFF, A.R. Pain, nociception and the developing infant. **Pediatric Anesthesia**, v. 9, p. 7-17, 1999.

ZUCCARO, C. **Bioética e valores no pós-moderno**. São Paulo: Loyola, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Fase 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
Nível Doutorado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **“Manejo da dor em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal - Avaliação de um projeto de Intervenção”** e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães/SES/PE e aprovado sob o nº 280, CAAE-0173.0.236.000-10.

O objetivo geral deste estudo é: avaliar a efetividade de uma ação educativa sobre o manejo da dor no período neonatal.

- Sua participação nesta pesquisa consistirá em: responder a um questionário especificamente elaborado, podendo constar ainda de entrevista gravada.
- Os benefícios relacionados com a sua participação serão: possibilidade de contribuir para o diagnóstico da situação atual e consequente melhoria na qualidade da assistência ao RN, e se for de seu interesse, será disponibilizado material informativo sobre o tema.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o nome e o contato do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas a respeito do projeto e de sua participação agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora: Carmen Lúcia Guimarães de Aymar.
e-mail: claymar@globo.com
Fone: 81-9111-0441.

Carmen Lúcia Guimarães de Aymar

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Recife, _____ de _____ de 2012.

Nome:
Identidade:

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Operativo

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
Nível Doutorado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **“Manejo da dor em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal - Avaliação de um projeto de Intervenção”** e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães/SES/PE.

O objetivo geral deste estudo é: avaliar a efetividade de uma ação educativa sobre o manejo da dor no período neonatal.

- Sua participação nesta fase da pesquisa consistirá em: participação nas atividades de grupo, previamente discutidas. As atividades serão gravadas e posteriormente transcritas para análise.
- Os benefícios relacionados com a sua participação serão: possibilidade de contribuir para o diagnóstico da situação atual, elaboração e implantação de normas e rotinas com perspectiva de consequente melhoria na qualidade da assistência ao RN.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o nome e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas a respeito do projeto e de sua participação agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora: Carmen Lúcia Guimarães de Aymar.
e-mail: claymar@globo.com
Fone: 9111-0441.

Carmen Lúcia Guimarães de Aymar

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Recife, _____ de _____ de 2012.

Nome:
Identidade:

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Fase 2**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
Nível Doutorado****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(REAValiação)**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **“Manejo da dor em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal - Avaliação de um projeto de Intervenção”** e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães/SES/PE e aprovado sob o nº 280, CAAE-0173.0.236.000-10. O objetivo geral deste estudo é: avaliar a efetividade de uma ação educativa sobre o manejo da dor no período neonatal.

- Sua participação nesta pesquisa consistirá em: responder a um questionário especificamente elaborado, podendo constar ainda de entrevista gravada.
- Os benefícios relacionados com a sua participação serão: possibilidade de contribuir para o diagnóstico da situação atual e consequente melhoria na qualidade da assistência ao RN, e se for de seu interesse, será disponibilizado material informativo sobre o tema.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o nome e o contato do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas a respeito do projeto e de sua participação agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora: Carmen Lúcia Guimarães de Aymar.
e-mail: claymar@globo.com
Fone: 81-9111-0441.

Carmen Lúcia Guimarães de Aymar

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Recife, _____ de _____ de 2013.

ASS:
Nome:
Identidade:

APÊNDICE D - Questionário Aplicado aos Profissionais Nível Médio

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
Nível Doutorado**

Manejo da dor em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - Avaliação de um projeto de Intervenção

QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS NÍVEL MÉDIO (PROFMD)

Nº. DO QUESTIONÁRIO: _____

NOME: _____

DADOS PESSOAIS:

1) IDADE: _____ (em anos) Não informado (99)

2) SEXO: Masc (1) Fem (2) Não informado (9)

3) Nº. DE FILHOS: _____ Não informado (9)

4) Você já esteve internado em UTI?
Sim (1) Não (2) Não informado (9)

5) Você já acompanhou pessoa próxima internada em UTI?
Sim (1) Não (2) Não informado (9)

6) Existe história de dor crônica pessoal ou em alguém próximo? (ex: câncer, artrite...)
Sim (1) Não (2) Não informado (9)

7) Qual a sua prática religiosa:
Católico (1) Evangélico (2) Espiritualista (3)
Outras (4) Nenhuma(5) Não informado (9)

DADOS PROFISSIONAIS

(considerar o HAM e outros serviços nos quais você atua):

8) PROFISSÃO:
Téc. Enfermagem (4) Aux. Enfermagem (5) Não informado (9)

9) TEMPO DE FORMADO: _____ (em anos) Não informado (99)

QUEMD

IDMD

SEXMD

FILMD

UTIMD

ACMD

DORMD

RELMD

PROFMD

TEMMD

10) Tempo de atuação em neonatologia: _____ (em anos)

Não informado (99)

NEOMD

11) Tempo de atuação na **UTI-NEO HAM**: _____ (em anos)

Não informado (99)

HAMD

12) Jornada semanal em UTI-NEONATAL:
Até 30h (1) 31-40h (2) acima 40h (3)

Não informado (9)

JORMD

13) Jornada semanal na **UTI-NEONATAL DO HAM**:
Até 30h (1) 31-40h (2) acima 40h (3)

Não informado (9)

JHAMD

14) Regime de trabalho em UTI-NEONATAL:
Diária (1) Plantão (2) Misto (3)

Não informado (9)

REGMD

15) Regime de trabalho **na UTI-NEONATAL DO HAM**:
Diária (1) Plantão (2) Misto (3)

Não informado (9)

RHAMD

16) Trabalha ou já trabalhou em UTI PEDIÁTRICA?
Sim (1) Não (2)

Não informado (9)

PEDMD

17) Tempo de atuação em UTI PEDIÁTRICA: _____ (em anos)
Não se aplica (8)

Não informado (99)

TPEDMD

18) Jornada semanal em UTI PEDIÁTRICA:

Até 30hs (1) 31-40hs (2) acima 40hs (3)

Não trabalha/trabalhou (8)

Não informado (9)

JPEDMD

19) Regime de trabalho em UTI PEDIÁTRICA:

Diária (1) Plantão (2) Misto (3) Não trabalha/trabalhou (8) Não informado (9)

RGPEDMD

DADOS RELATIVOS AO MANEJO DA DOR NA UTI NEONATAL DO HAM:
(considerar a **sua opinião** sobre o serviço)

20) Você acha que a dor do RN é lembrada no serviço?

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4)

Raramente (5)

Não informado(9)

CONSMD

21) Com que frequência a dor do RN é **avaliada** no serviço?

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4)

Raramente (5)

Não informado(9)

AVALMD

22) Com que frequência a dor do RN é **aliviada** no serviço?

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4)

Raramente (5)

Não informado(9)

ALMD ☐

23) Existem normas e rotinas relativas ao manejo da dor neonatal no serviço?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3)

Não informado(9)

NMD ☐

• **COMO VOCÊ ACHA QUE A DOR DO RN É AVALIADA NA UTI DO HAM?**

24) Através do CHORO?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não serve(4) Não é avaliada(5) Não informado(9)

CHMD ☐

25) Através da MÍMICA FACIAL?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não serve(4) Não é avaliada(5) Não informado(9)

MIMMD ☐

26) Através da MOVIMENTAÇÃO DOS MEMBROS?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não serve(4) Não é avaliada(5) Não informado(9)

MOVMD ☐

27) Através de PARÂMETROS FISIOLÓGICOS (FC, SAT O₂)?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não serve(4) Não é avaliada(5) Não informado(9)

FISMD ☐

28) É utilizada alguma ESCALA ESPECÍFICA PARA AVALIAÇÃO DA DOR NO RN?

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)

Não existe(4) Não é avaliada(5)

Não informado(9)

ESCMD ☐

QUAL(IS) ESCALA(S)? _____

• **ALÍVIO DA DOR NOS RN DA UTI DO HAM:**

É UTILIZADO ALGUM MÉTODO PARA ALÍVIO DA DOR NESTAS SITUAÇÕES?

29) Para a COLETA DE SANGUE:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)

Não é necessário(8)

Não informado(9)

COLMD ☐

30) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (Fentanyl, Dipirona, Tylenol®) (1)

Analgésicos tópicos (EMLA®, lidocaína) (2)

Não sabe(3)

Métodos não farmacológicos (sucção, solução adocicada, contenção, enrolamento) (4)

Não é necessário (5)

Não é utilizado (6)

Não informado (9)

COLFQMD ☐

31) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não é utilizado (4) Não informado(9)

COLADMD ☐

32) Para a PUNÇÃO VENOSA (venóclise):

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)

Não é necessário(8)

Não informado(9)

PVMD ☐

33) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (Fentanyl, Dipirona, Tylenol®) (1)

Analgésicos tópicos (EMLA®, lidocaína) (2) Não sabe(3)

Métodos não farmacológicos (sucção, solução adocicada, contenção, enrolamento) (4)

Não é necessário (5)

Não é utilizado (6)

Não informado (9)

PVFQMD ☐

34) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não é utilizado (4) Não informado(9)

PVADMD ☐

35) Para a PUNÇÃO DO CALCANHAR (exemplo: HGT):

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)

Não é necessário(8)

Não informado(9)

PCMD ☐

36) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (Fentanyl, Dipirona, Tylenol®) (1)

Analgésicos tópicos (EMLA®, lidocaína) (2) Não sabe(3)

Métodos não farmacológicos (sucção, solução adocicada, contenção, enrolamento) (4)

Não é necessário (5)

Não é utilizado (6)

Não informado (9)

PCFQMD ☐

37) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não é utilizado (4) Não informado(9)

PCADMD ☐

38) Para a ASPIRAÇÃO DE VAS (boca e narinas):

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)

Não é necessário(8)

Não informado(9)

VASMD ☐

39) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (Fentanyl, Dipirona, Tylenol®) (1)

Analgésicos tópicos (EMLA®, lidocaína) (2) Não sabe(3)

Métodos não farmacológicos (sucção, solução adocicada, contenção, enrolamento) (4)

Não é necessário (5)

Não é utilizado (6)

Não informado (9)

VASFQMD ☐

40) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não é utilizado (4)

Não informado(9)

VASADM ☐

41) Para a ASPIRAÇÃO DE TOT:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)

Não é necessário(8)

Não informado(9)

TOTMD ☐

42) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (Fentanyl, Dipirona, Tylenol®) (1)

Analgésicos tópicos (EMLA®, lidocaína) (2) Não sabe(3)

Métodos não farmacológicos (sucção, solução adocicada, contenção, enrolamento) (4)

Não é necessário (5)

Não é utilizado (6)

Não informado (9)

TOTFQMD ☐

43) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não é utilizado (4)

Não informado(9)

TOTADM ☐

• **MELHORIA DO MANEJO DA DOR NEONATAL NA UTI-NEONATAL DO HAM:**

44) Na sua opinião, é necessária alguma mudança na prática do manejo da dor na UTI-NEONATAL do HAM?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3)

Não informado(9)

MUDMD ☐

45) Você acha que faltam conhecimentos à equipe sobre o manejo da dor neonatal?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3)

Não informado(9)

CONMD ☐

46) Você acha que faltam recursos materiais para um adequado manejo da dor neonatal?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3)

Não informado(9)

MATMD ☐

APÊNDICE E - Questionário Aplicado aos Profissionais Nível Superior

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE Nível Doutorado

Manejo da dor em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal - Avaliação de um projeto de Intervenção

QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS NÍVEL SUPERIOR (PROFS)

Nº. DO QUESTIONÁRIO: _____

NOME: _____

DADOS PESSOAIS:

1) IDADE: _____ (em anos) Não informado (9)

2) SEXO: Masc (1) Fem (2) Não informado (9)

3) Nº. DE FILHOS: _____ Não informado (9)

4) Você já esteve internado em UTI?
Sim (1) Não (2) Não informado (9)

5) Você já acompanhou pessoa próxima internada em UTI?
Sim (1) Não (2) Não informado (9)

6) Existe história de dor crônica pessoal ou em alguém próximo?
Sim (1) Não (2) Não informado (9)

7) Qual a sua prática religiosa:
Católico (1) Evangélico (2) Espiritualista (3)
Outras (4) Nenhuma (5) Não informado (9)

DADOS PROFISSIONAIS

(considerar o HAM e outros serviços nos quais você atua):

8) PROFISSÃO: Médico (1) Enfermeiro (2) Fisioterapeuta (3)
Não informado (9)

9) TEMPO DE FORMADO: _____ (em anos) Não informado (9)

10) RESIDÊNCIA / PÓS-GRAD. *LATO SENSU* (Especialização)?
Sim (1) Não (2) Em curso (3) Não informado (9)

QUESP

IDSP

SEXSP

FILSP

UTISP

ACUTISP

DORSP

RELSP

PROFSP

TEMSP

RESP

• PERGUNTAS 11-12 e 13 EXCLUSIVA PARA OS MÉDICOS

- 11) TEP? Sim (1) Não (2) Não se aplica (8) Não informado (9)
- 12) TEN? Sim (1) Não (2) Não se aplica (8) Não informado (9)
- 13) TETIP? Sim (1) Não (2) Não se aplica (8) Não informado (9)
- 14) PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO-SENSU*?
Sim (1) Não (2) Em curso (3) Não informado (9)
- 15) QUAL NÍVEL?
Mestrado (1) Doutorado (2) Não se aplica (8) Não informado (9)
- 16) ATIVIDADE DOCENTE/PRECEPTORIA?
Sim (1) Não (2) Não informado (9)
- 17) TEMPO DE ATUAÇÃO EM NEONATOLOGIA: _____ (em anos)
Não informado (99)
- 18) TEMPO DE ATUAÇÃO NA **UTI-NEO HAM**: _____ (em anos)
Não informado (99)
- 19) JORNADA SEMANAL EM UTI-NEONATAL:
Até 20h (1) 21-40h (2) acima 40h (3) Não informado (9)
- 20) JORNADA SEMANAL NA **UTI-NEONATAL DO HAM**:
Até 20h (1) 21-40h (2) acima 40h (3) Não informado (9)
- 21) REGIME DE TRABALHO EM UTI-NEONATAL:
Diária (1) Plantão (2) Misto (3) Não informado (9)
- 22) REGIME DE TRABALHO NA **UTI-NEONATAL DO HAM**:
Diária (1) Plantão (2) Misto (3) Não informado (9)
- 23) TRABALHA OU JÁ TRABALHOU EM UTI PEDIÁTRICA?
Sim (1) Não (2) Não informado (9)
- 24) TEMPO DE ATUAÇÃO EM UTI PEDIÁTRICA: _____ (em anos)
Não se aplica (8) Não informado (9)
- 25) JORNADA SEMANAL EM UTI PEDIÁTRICA:
Até 20hs (1) 21-40hs (2) acima 40hs (3) Não se aplica (8) Não informado (9)

TEP ☐TEN ☐TETIP ☐POSGRD ☐NIVEL ☐ATVDOC ☐TNEOSP ☐THAMSP ☐JNEOSP ☐JNHAMSP ☐RNEOSP ☐RHAMSP ☐UTIPEDSP ☐TPEDSP ☐JPEDSP ☐

26) REGIME DE TRABALHO EM UTI PEDIÁTRICA:

Diária (1) Plantão (2) Misto (3) Não se aplica (8) Não informado (9)

RGPEDSP ☐**DADOS RELATIVOS AO MANEJO DA DOR NA UTI NEONATAL DO HAM:**(considerar a sua opinião sobre o serviço)

27) Você acha que a dor do RN é lembrada no serviço?

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4)

Raramente (5)

Não informado(9)

CONSP ☐28) Com que frequência a dor do RN é **avaliada** no serviço?

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4)

Raramente (5)

Não informado(9)

AVALSP ☐29) Com que frequência a dor do RN é **aliviada** no serviço?

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4)

Raramente (5)

Não informado(9)

ALSP ☐

30) Existem normas e rotinas relativas ao manejo da dor neonatal no serviço?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3)

Não informado(9)

NORSP ☐• **COMO É AVALIADA A DOR DO RN NA UTI DO HAM?**

31) Através do CHORO?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não serve(4) Não é avaliada(5) Não informado(9)

CHSP ☐

32) Através da MÍMICA FACIAL?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não serve(4) Não é avaliada(5) Não informado(9)

MIMSP ☐

33) Através da MOVIMENTAÇÃO DOS MEMBROS?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não serve(4) Não é avaliada(5) Não informado(9)

MOVSP ☐34) Através de PARÂMETROS FISIOLÓGICOS (FC, SAT O₂)?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não serve(4) Não é avaliada(5) Não informado(9)

FISP ☐

35) É utilizada alguma escala ESPECÍFICA PARA AVALIAÇÃO DA DOR NO RN?

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)

Não existe(6) Não é avaliada(7)

Não informado(9)

ESCSP ☐

QUAL? _____

• **ALÍVIO DA DOR NOS RN DA UTI DO HAM:**

É UTILIZADO ALGUM MÉTODO PARA ALÍVIO DA DOR NESTAS SITUAÇÕES?

36) DRENAGEM TORÁCICA:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)
Não é necessário(8) Não informado(9)

DT ☐

37) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (1) Analgésicos tópicos (2) Métodos não farmacológicos (3)
Não sabe (4) Não é utilizado (5) Não é necessário(6) Não informado(9)

DTF ☐

38) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não é utilizado (5) Não informado(9)

DTAD ☐

39) INTUBAÇÃO ELETIVA:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)
Não é necessário(8) Não informado(9)

IOT ☐

40) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (1) Analgésicos tópicos (2) Métodos não farmacológicos (3)
Não sabe (4) Não é utilizado (5) Não é necessário(6) Não informado(9)

IOTFQ ☐

41) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não é utilizado (5) Não informado(9)

IOTAD ☐

42) VENTILAÇÃO MECÂNICA:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)
Não é necessário(8) Não informado(9)

VMA ☐

43) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (1) Analgésicos tópicos (2) Métodos não farmacológicos (3)
Não sabe (4) Não é utilizado (5) Não é necessário(6) Não informado(9)

VMAFQ ☐

44) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não é utilizado (5) Não informado(9)

VMAD ☐

45) PÓS-OPERATÓRIO:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)
Não é necessário(8) Não informado(9)

POP ☐

46) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (1) Analgésicos tópicos (2) Métodos não farmacológicos (3)
 Não sabe (4) Não é utilizado (5) Não é necessário(6) Não informado(9)

POPFQ ☐

47) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não é utilizado (5) Não informado(9)

POPAD ☐

48) ENTEROCOLITE NECROSANTE:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)
 Não é necessário(8) Não informado(9)

ECN ☐

49) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (1) Analgésicos tópicos (2) Métodos não farmacológicos (3)
 Não sabe (4) Não é utilizado (5) Não é necessário(6) Não informado(9)

ECNFQ ☐

50) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não é utilizado (5) Não informado(9)

ECNAD ☐

51) PUNÇÃO ARTERIAL:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)
 Não é necessário(8) Não informado(9)

PART ☐

52) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (1) Analgésicos tópicos (2) Métodos não farmacológicos (3)
 Não sabe (4) Não é utilizado (5) Não é necessário(6) Não informado(9)

PARTFQ ☐

53) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não é utilizado (5) Não informado(9)

PARTAD ☐

54) PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)
 Não é necessário(8) Não informado(9)

PVENSP ☐

55) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (1) Analgésicos tópicos (2) Métodos não farmacológicos (3)
 Não sabe (4) Não é utilizado (5) Não é necessário(6) Não informado(9)

PVENFQSP ☐

56) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não é utilizado (5) Não informado(9)

PVENADSP ☐

57) PUNÇÃO CALCANHAR:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)
 Não é necessário(8) Não informado(9)

PCALSP ☐

58) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (1) Analgésicos tópicos (2) Métodos não farmacológicos (3)
 Não sabe (4) Não é utilizado (5) Não é necessário(6) Não informado(9)

PCALFRSP ☐

59) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não é utilizado (5) Não informado(9)

PCALADSP ☐

60) PASSAGEM DE PICC:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)
 Não é necessário(8) Não informado(9)

PICC ☐

61) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (1) Analgésicos tópicos (2) Métodos não farmacológicos (3)
 Não sabe (4) Não é utilizado (5) Não é necessário(6) Não informado(9)

PICCFQ ☐

62) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não é utilizado (5) Não informado(9)

PICCAD ☐

63) ASPIRAÇÃO DE VAS:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)
 Não é necessário(8) Não informado(9)

AVASP ☐

64) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (1) Analgésicos tópicos (2) Métodos não farmacológicos (3)
 Não sabe (4) Não é utilizado (5) Não é necessário(6) Não informado(9)

AVASFQSP ☐

65) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não é utilizado (5) Não informado(9)

AVASADSP ☐

66) ASPIRAÇÃO DE TOT:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)
 Não é necessário(8) Não informado(9)

TOTSP ☐

67) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (1) Analgésicos tópicos (2) Métodos não farmacológicos (3)
 Não sabe (4) Não é utilizado (5) Não é necessário(6) Não informado(9)

TOTFQSP ☐

68) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não é utilizado (5)

Não informado(9)

TOTADSP ☐

69) COLETA DE LCR:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)

Não é necessário(8)

Não informado(9)

LCR ☐

70) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgesicos sistêmicos (1) Analgesicos tópicos (2) Métodos não farmacológicos (3)

Não sabe (4) Não é utilizado (5) Não é necessário(6)

Não informado(9)

LCRFQ ☐

71) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não é utilizado (5)

Não informado(9)

LCRAD ☐

72) PUNÇÃO VENOSA CENTRAL/DISSECÇÃO VENOSA:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)

Não é necessário(8)

Não informado(9)

PVC ☐

73) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgesicos sistêmicos (1) Analgesicos tópicos (2) Métodos não farmacológicos (3)

Não sabe (4) Não é utilizado (5) Não é necessário(6)

Não informado(9)

PVCFQ ☐

74) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não é utilizado (5)

Não informado(9)

PVCAD ☐

- MELHORIA DO MANEJO DA DOR NA UTI-NEONATAL DO HAM:**

75) Na sua opinião, é necessária alguma mudança na prática do manejo da dor na UTI-NEONATAL DO HAM?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3)

Não informado(9)

MUDSP ☐

76) Você acha que faltam conhecimentos à equipe sobre o manejo da dor neonatal?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3)

Não informado(9)

CONSP ☐

77) Você acha que faltam recursos materiais para um adequado manejo da dor neonatal?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3)

Não informado(9)

MATSP ☐

APÊNDICE F - Formulário de Entrevista Semi-estruturada

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
Nível Doutorado

Manejo da dor em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal - Avaliação de um projeto de Intervenção

ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS

NOME: _____

ENTREVISTA NÚMERO: _____

1) O QUE VOCÊ ACHA QUE DIFICULTA O RECONHECIMENTO E A AÇÃO DOS PROFISSIONAIS NO TRATAMENTO DA DOR NA UTI-NEONATAL DO HAM?

2) O QUE VOCÊ ACHA QUE PODERIA AJUDAR OS PROFISSIONAIS DESTA UTI A RECONHECER E AGIR QUANDO UM RECÉM-NASCIDO ESTÁ COM DOR?

3) PARA VOCÊ, O QUE SIGNIFICA O TERMO: "HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA"?

APÊNDICE G - Convite: “Roda de Conversa”**RODA DE CONVERSA: MANEJO DA DOR NA UTI NEONATAL**

- COMO ESTAMOS?
- O QUE FAREMOS?

DIA: 26/03/2012 HORA: 17:00 LOCAL: AUDITÓRIO 6º ANDAR – HAM

APÊNDICE H - Termo de Compromisso

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
Nível Doutorado

TERMO DE COMPROMISSO


Como é do vosso conhecimento, após consentimento do serviço, submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães/SES/PE sob o número 280, CAAE-0173.0.236.000-10, está sendo desenvolvida a pesquisa: "Manejo da dor em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal - Avaliação de um projeto de intervenção". A pesquisa teve, como um dos produtos, a elaboração do "Protocolo de controle da dor nos recém-nascidos na UTI-Neonatal do Hospital Agamenon Magalhães". A próxima etapa do trabalho proposto será a sensibilização e capacitação dos profissionais envolvidos nos cuidados aos recém-nascidos da unidade.

Sendo assim, solicitamos às coordenações da Unidade Neonatal o compromisso de apoiar a implantação do protocolo apresentado, bem como as estratégias definidas para a sensibilização e capacitação dos profissionais, com o objetivo de contribuir para a melhoria na qualidade da assistência ao recém-nascido.

Pesquisadora: Carmen Lúcia Guimarães de Aymar.
e-mail: claymar@globo.com
Fone: 9111-0441.


Carmen Lúcia Guimarães de Aymar

Recife, 20 de agosto de 2012.


Nome: _____
Identidade: 3133824 SSP-PE
Cargo HAM: Gerente Unidade/PA

Nome: _____
Identidade: _____
Cargo HAM: _____

APÊNDICE I - Protocolo de controle da dor nos recém-nascidos na UTI - Neonatal do Hospital Agamenon Magalhães

Introdução:

Quando o bebê nascido de risco é levado para a UTI Neonatal tradicional encontra um ambiente extremamente diferente daquele em que se encontrava no útero. O ruído é alto e as luzes são fortes e contínuas. O meio ambiente nem sempre permite flexão ou limites adequados e a ação da gravidade impede muitos de seus movimentos como, por exemplo, levar o dedo à boca para sugar e se organizar. O bebê passa a ser excessivamente manuseado, tanto para cuidados de rotina quanto para procedimentos invasivos e até dolorosos, muitas vezes sem cuidados adequados para a diminuição do estresse e da dor. Esse manuseio geralmente é imprevisível – podendo ocorrer a qualquer hora, de acordo com as necessidades do paciente – e variado, pois são muitos cuidadores. Assim sendo, falar de controle da dor ou diminuição de stress nos recém-nascido, numa UTI neonatal, é falar da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru, respeitando-os em suas características e individualidades, numa perspectiva interdisciplinar de saúde integral pais-bebê.

Em geral, as UTI Neonatais são locais com recursos tecnológicos, onde profissionais atarefados dividem o espaço com os bebês e com toda a variedade de equipamentos necessários para o suporte de suas vidas. Nesse ambiente, historicamente de domínio exclusivo dos profissionais de saúde, a rotina é muito intensa e desgastante, há sempre muitas coisas a fazer.

O manuseio do RN de risco quase sempre fica por conta da equipe de saúde devido às suas condições clínicas. Neste manuseio, devemos levar em consideração que o RN é uma pessoa. Assim, devemos observar suas respostas comportamentais e fisiológicas (estágio do sono, cor da sua pele, seu choro, as mímicas que demonstram desagrado) e a gradativa participação familiar, visando à diminuição do estresse e da dor, buscando ajustar o manuseio do RN aos sinais que ele demonstra. Caso isso não seja possível, deve-se tentar suavizar ao máximo o manuseio, contribuindo para seu conforto, segurança e desenvolvimento.

Os cuidados de rotina devem ser agrupados de acordo com os ciclos de sono do RN a fim de possibilitar os maiores períodos de sono profundo que forem possíveis. Isso não significa realizar todos os cuidados de uma vez, pois o agrupamento de vários procedimentos em um curto espaço de tempo pode ser mais danoso ao recém-nascido, principalmente se doente, do que a real duração do episódio de manuseio. Alterações na pressão sistólica e na pressão arterial média, bem como instabilidade cárdio-respiratória se

correlacionam de forma mais significativa com o número de procedimentos do que com sua duração total. O tempo total de manuseio pode ser um pouco maior, mas com menor desorganização do bebê.

A seguir, elencamos algumas técnicas para a realização de procedimentos de rotina na UTI Neo do HAM, que apesar de não serem dolorosos podem desorganizar ou desestabilizar o RN. Em seguida trataremos do objetivo deste documento que é o manejo da dor dos nossos pequenos pacientes.

AÇÕES A SEREM REALIZADAS NA UTI NEONATAL PARA PREVENÇÃO DE STRESS E DOR:

- a) Rotinas para prevenção do *stress*
- b) Medidas não farmacológicas para alívio da dor
- c) Aplicação de escalas de dor
- d) Aplicação de medidas farmacológicas - analgésicos

a) <u>ROTINAS PARA PREVENÇÃO DO STRESS:</u>	b) <u>MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO DA DOR:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Tornar o ambiente da UTIN o mais acolhedor possível; • Ter em mente sempre a manipulação mínima; • Agrupar procedimentos e coletas de exames; • Controlar a incidência de luzes sobre o RN; • Diminuir o ruído; • Posicionar o RN com equilíbrio entre posturas flexoras e extensoras; • Racionalizar manipulação do RN; • Usar o mínimo de fitas adesivas possível • Otimizar a monitorização não invasiva • Estimular o contato pele a pele com os pais • Ser gentil e habilidoso no tato com o RN 	<ul style="list-style-type: none"> • Contato pele a pele • Sucção não nutritiva + Solução Glicosada GLICOSE A 25% - 3 MIN antes do procedimento (Glic a 50% - 1ml + AD-1ml = Glic 25%) RNT - 1 a 2 ml RNPT - < 2,5Kg= 0,5ml • Contenção e posicionamento • Enrolamento • Falar suavemente

Procedimentos de Rotina da Enfermagem

1. Pesagem:

- Enrolar o RN em lençol previamente pesado;
- Melhor horário: Entre 8 e 9 horas. E entre 20 e 21h quando for necessário o peso duas vezes ao dia.

2. Higiene:

- Agrupar cuidados.
- Observar a necessidade de banhos e condições clínicas:

RN prematuro extremo - apenas higiene íntima.

RN fora de oxigênio - banho no leito.

RN acima de 2kg - banho de imersão.

3. Troca de Fraldas: Não suspender os membros inferiores para evitar pressionar o abdômen, principalmente em pacientes com enterocolite, virá-lo de lado.

4. Monitorização: rodízio do local do sensor nos membros a cada 3 horas.

5. Alimentação:

- Posicionamento adequado.
- Aconchego / enrolamento.

6. Mudança de decúbito:

- Deve ser feita a cada 3 horas, respeitando o sono do RN, para prevenir úlceras de pressão e evitar marcas no contorno facial.

- Promover aconchego.

7. Fototerapia:

- Mudança de decúbito a cada 3 horas de acordo com os cuidados.
- Controle de temperatura rigoroso.
- Aliviá-lo por 15 minutos da temperatura da lâmpada durante os cuidados, quando necessário.

Cuidados Que TODA EQUIPE Interdisciplinar da Uti Neo deve ter com o Recém**Nascido:****ANTES dos Procedimentos Dolorosos:**

1º Falar suavemente com o RN antes de tocá-lo e observar como ele reage a este estímulo. Se ele não apresentar nenhuma reação, significa que ele pode estar em sono profundo que dura cerca de 20 minutos. Neste caso, se for um procedimento que não possa ser adiado, devemos continuar falando e tocando suavemente até que ele desperte para iniciarmos o procedimento. Porém, se for possível, devemos esperar até que o RN comece a despertar ou acordar completamente.

OBS: Caso o RN já esteja chorando ou protestando antes de chegarmos junto dele, devemos consolá-lo completamente antes da realização de qualquer procedimento.

2º Posicionar o RN, se possível, em decúbito lateral e fazer a contenção elástica, ou seja, colocar o RN bem aconchegado em flexão e com as mãos próximas a boca e enrolá-lo num lençol.

3º Administrar a solução glicosada, de acordo com prescrição médica, na ponta da língua do RN, 2 a 3 minutos antes do procedimento doloroso. Para um efeito mais eficaz, a administração da glicose deverá sempre que possível ser combinada com a sucção não nutritiva. Caso o RN não possa receber solução de glicose, devemos utilizar a sucção não nutritiva com o próprio dedo do neonato, ou da mãe/pai ou nosso dedo.

OBS: A sucção não nutritiva estimula a auto-regulação do neonato e envolve a estimulação das fibras sensoriais que diminuem a percepção dolorosa. Esta ação cessa assim que o RN para de sugar.

DURANTE os Procedimentos Dolorosos:

- 1º Manter a sucção não nutritiva pelos motivos apresentados anteriormente..
- 2º Minimizar todos os outros estímulos.
- 3º Executar o procedimento em etapas, permitindo a recuperação fisiológica (FR, FC e Sat O₂) e comportamental.
- 4º Agrupar os procedimentos ou executá-los de forma contínua, lenta e gentil, porém eficiente, intercalando períodos de descanso individualizados de acordo com as respostas do bebê.

OBS: Sempre avaliar a possibilidade de realizar os cuidados com auxílio.

APÓS os Procedimentos Dolorosos:

- 1º Continuar posicionando e dando contenção por 10 minutos ou até o bebê ficar estável, com recuperação da FC, da FR, da Sat O₂ e do tônus muscular.
- 2º Evitar o uso de outros estímulos concomitantes.
- 3º Aplicação de Escala PIPP pelo médico, enfermeiro ou fisioterapeuta.

Alguns Destaques para Procedimentos de Enfermagem:

Punção venosa e PICC:

- Expor apenas o membro a ser puncionado.
- Enrolamento.
- Aleitamento quando possível.
- Fixar com IV-FIX (melhorar a visualização de possíveis flebite e infiltração).

HGT:

- Agrupar aos cuidados e aos exames laboratoriais.
- Aleitamento ou colo da genitora.

SOG:

- Contenção pela genitora caso esteja presente.

SVD:

- Lubrificar sonda com solução fisiológica.

Aspiração de TOT e vias aéreas:

- Contenção de acordo com a necessidade do RN - para promover conforto.
- Caso a mãe esteja presente e queira participar, orientar na contenção.

Troca de fixação do TOT:

- Por necessidade do paciente e não por estética.
- Fixar com tensorplast sem micropore.

Fixação de prongas do CPAP nasal:

- Proteção com hidrocoloide.
- Fixação com velcro.
- Fixar os circuitos para que não tracionem o nariz do RN.

Fixação da SOG:

- Se RN intubado: fixar no TOT.
- Se não intubado: sempre que possível, fixar nas bochechas.

Pós coleta de LCR:

- Manter posição lateralizada, postura flexora.
- Aconchego.

c) APLICAÇÃO DE ESCALAS (Quando usar escalas de dor):

NIPS: Deve ser usada pela enfermagem como o 5º sinal vital, a cada 3 horas em todo RN em UTI Neonatal:

PARÂMETRO	0 Ponto	1 Ponto	2 Pontos
Expressão facial	Relaxada	Contraída	-----
Choro	Ausente	Resmungos	Vigoroso
Respiração	Relaxada	Diferente do basal	-----
Braços	Relaxados	Fletidos/estendidos	-----
Pernas	Relaxadas	Fletidas/estendidas	-----
Estado de consciência	Dormindo/calmo	Desconfortável	-----
Nessa tabela, a pontuação varia de 0 a 7, definindo-se dor para valores maiores e iguais a 4 pontos.			

OBS: Nos pacientes intubados não avaliar o choro e dobrar o ponto da mímica facial. Considerar dor se NIPS > 3.

NFCS: deve ser usada pela equipe médica:

MOVIMENTO FACIAL	0 Ponto	1 Ponto
Fronte saliente	Ausente	Presente
Fenda palpebral estreitada	Ausente	Presente
Sulco naso labial aprofundado	Ausente	Presente
Boca aberta	Ausente	Presente
Boca estirada	Ausente	Presente
Língua tensa	Ausente	Presente
Protusão de língua	Ausente	Presente
Tremor de queixo	Ausente	Presente
Escore máximo: 8 pontos. Considera-se a presença de dor quando três ou mais movimentos faciais aparecem de maneira consistente, durante a avaliação da presença de dor, ou seja, pontuação igual ou superior a 3.		

OBS: CONSIDERAR DOR SE NFCS \geq 3.

Aplicação:

- em todos os pacientes que apresentarem NIPS > 3 pela avaliação da enfermagem
- nas situações dolorosas a seguir:

	Intervalo	Período
NIPS \geq 3	1-1h	Até NFCS < 3
1º DPO	6-6h	24h
Grandes cirurgias (após o 1ºDPO)	8-8h	96h
Pequenas cirurgias (após o 1º DPO)	8-8h	48h
Drenagem torácica	8-8h	Enquanto presente
IOT e VM	8-8h	72h
Flebo – PICC	8-8h	1 ^{as} 24h
Fraturas	8-8h	72h
ECN	8-8h	Durante fase aguda

PIPP: Deve ser usada por MÉDICOS, ENFERMEIROS E FISIOTERAPEUTAS, para avaliar a necessidade ou adequação da analgesia durante e imediatamente após procedimentos dolorosos agudos, como: coleta de gasometria arterial, punção líquórica, punção óssea para mielograma, inserção de cateter de diálise, inserção de cateter percutâneo, intubação traqueal e drenagem torácica, entre outros. Nesse caso, deve-se considerar que a analgesia e/ou anestesia para o procedimento foi insuficiente se a pontuação for superior a 6 (**PIPP > 6**):

INDICADORES		0	1	2	3
IG (semanas)		≥36	32 -35,6	28-31,6	< 28
Observar RN por 15 segundos. Anotar: FC / Sat. O ₂ basais	Estado de alerta	Ativo Acordado	Quieto Acordado	Ativo Dormindo	Quieto Dormindo
		Olho aberto	Olho aberto	Olho fechado	Olho fechado
		Com mímica facial	Sem mímica facial	Com mímica facial	Sem mímica facial
Observar RN por 30 segundos	FC Máxima	0 - 4 bpm	5 -14bpm	15 -24bpm	≥ 25 bpm
	SO ₂ Mínima	0 - 2,4%	2,5 -4,9%	5,0 -7,4%	≥ 7,5%
	Testa franzida	Ausente	Mínimo	Moderado	Máxima
	Olhos espremidos	Ausente	Mínimo	Moderado	Máxima
Nessa tabela, a pontuação varia de zero a 21. Escores menores ou iguais a 6 indicam ausência de dor ou dor mínima; entre 6 e 12, indica dor leve; escores superiores a 12 indicam a presença de dor moderada a intensa.					

Define-se como ausente 0 a 9% (< 3seg) do tempo de observação com a alteração comportamental pesquisada, mínimo 10 a 39% (3 a 12seg) do tempo, moderado 40 a 69% (12 a 21seg) do tempo e máximo como mais de 70% (> 21seg) do tempo de observação com a alteração facial em questão. Nessa tabela, a pontuação varia de zero a 21. Escores ≤ a 6 podem indicar ausência de dor ou dor mínima, escores superiores a 12 presenças de dor moderada a intensa.

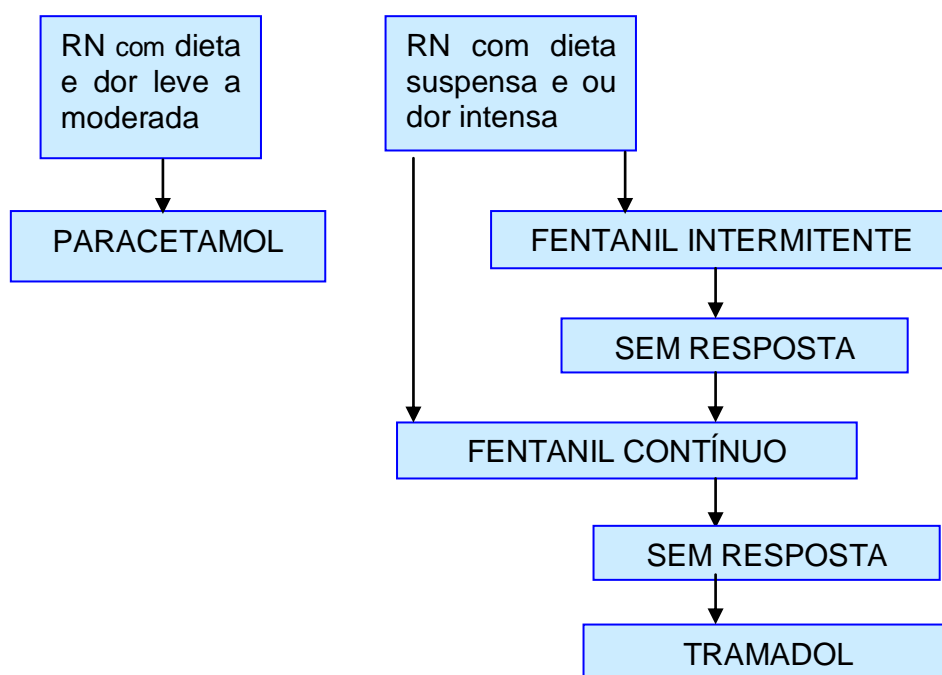
d) MEDIDAS FARMACOLÓGICAS:

TIPO DE PROCEDIMENTO	CONDUTA
Dissecção venosa	Anestésico local durante procedimento
Punção venosa ou capilar / PICC	Medidas não farmacológicas
Drenagem torácica	Anestésico local +fentanil durante procedimento(quando possível) e avaliar manutenção
Punção liquórica	EMLA + medidas não farmacológicas
Intubação traqueal eletiva e de urgência (quando possível)	Fentanil

MEDICAÇÕES:

Abaixo estão listadas as principais drogas analgésicas usadas na unidade neonatal do HAM e suas dosagens:

- O TRAMADOL DEVE SER CONSIDERADO COMO UMA SEGUNDA OPÇÃO PARA DORES INTENSAS.
- Lembrar que **SEDAÇÃO NÃO É ANALGESIA** e, assim, NÃO usar MIDAZOLAN ou HIDRATO DE CLORAL quando há intenção de evitar a dor.



PARACETAMOL	RNT – 10 a 15 mg/kg/dose - 6/6horas VO. RNPT – 10mg/kg/dose: ≥ 32 sem – de 8/8h; < 32 sem – 12/12 Horas.
FENTANIL	<u>Dose Intermitente:</u> 1 a 4 mcg/Kg/dose – EV – a cada 2 a 4 horas (20min) – concentração 10 mcg/ml (1ml + 4 ml de SF) (Ampolas 50mcg/ml). <u>Dose - Infusão contínua:</u> - RNT– 0,5 a 2 mcg/kg/h (max. 5 mcg/kg/h). - RNPT – 0,5 a 1,0 mcg/Kg/h. Antagonista: Naloxone – 0,01mg/Kg (IM/EV/SC), diluir com SF 0,9% ou SG 5% p/ uso EV (amp 4mg/ml) – não usar em tratamentos prolongados (mais de 3 a 5 dias) devido a síndrome de abstinência. Para reverter rigidez de caixa torácica, associar curare.
TRAMADOL	Utilizado na dose de 5 mg/kg/dia, dividida de 8/8 horas ou de 6/6 horas, tomadas, VO ou EV. Pode-se ainda administrar a droga por infusão contínua, na dose de 0,10 - 0,25 mg/kg/hora.
LIDOCAÍNA	5 mg/Kg = 1 ml/Kg. Pode diluir em SF – Via SC – efeito dura de 30 a 60 min. LIDOCAÍNA 0,5% sem adrenalina.
EMLA® ELA-Max® creme	0,5-2g - 60 min antes do procedimento. 30 min antes do procedimento.

CUIDADOS NA SUSPENSÃO DE OPIÓIDES (após 5 dias de uso contínuo):

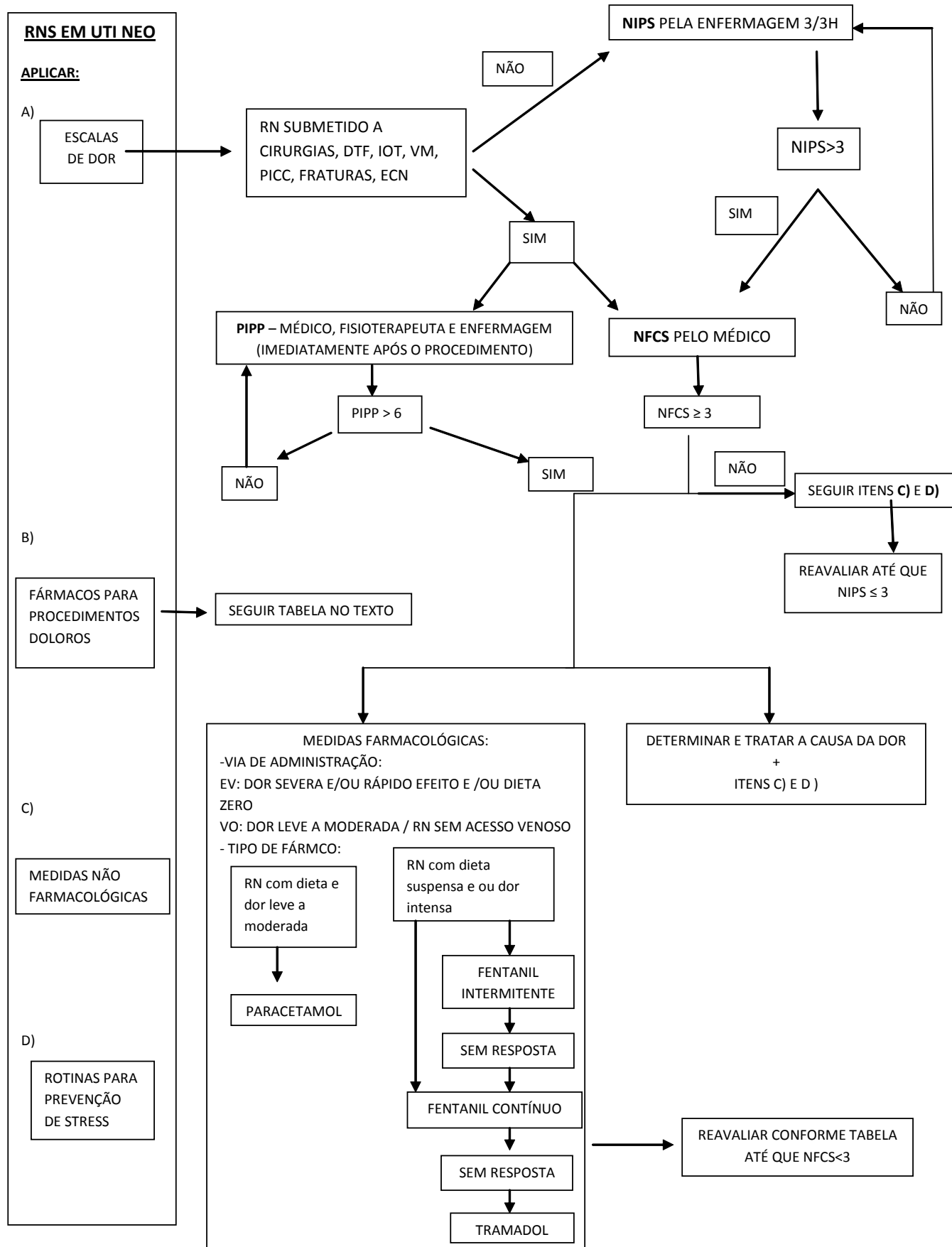
- Uso < 3 dias: retirar de forma abrupta.
- Uso entre 4 e 7 dias: retirar 20% da dose inicial ao dia.
- Uso entre 8 e 14 dias: retirar 10% da dose inicial ao dia.
- Uso por mais do que 14 dias (> 15): retirar 10% da dose inicial a cada 2 a 3 dias.

Os mais frequentes sintomas relatados com a retirada do opióide foram irritabilidade, hipertonciedade, hipertermia, vômitos e sudorese.

É necessária contínua avaliação das reações de retirada durante o processo de desmame do opióide.

A seguir, apresentamos um algoritmo para manejo da dor no UTI-NEONATAL DO HAM:

ALGORITMO PARA MANEJO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO DA UTI NEO DO HAM



Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/Área de Saúde da Criança. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru – Brasília, .
2. SILVA, YPS; GOMEZ, RS; MÁXIMO, TA; SILVA, ACS. Sedação e analgesia em neonatologia.
3. GUINSBURG R. Roteiro prático para a avaliação e tratamento da dor No período neonatal. UNIFESP.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília, 2011.
5. AYMAR, CLG. Manejo da dor e uso de analgesia sistêmica em neonatologia. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente). Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, 2008.
6. MAIA, ACA. Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre o manejo da dor no período neonatal. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente). Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, 2009.
7. ALMEIDA, RCA. Alívio da dor durante a aspiração de recém-nascidos prematuros intubados. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente). Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, 2011.

OBRIGADO POR ALIVIAR A MINHA DOR

**HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES
UNIDADE NEONATAL**

PROTOCOLO DE DOR – 01-10-2012



**APÊNDICE L - Questionário Aplicado aos Profissionais Nível Médio –
Reavaliação**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
Nível Doutorado

Manejo da dor em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - Avaliação de um
projeto de Intervenção

**QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS NÍVEL MÉDIO REAVALIAÇÃO
(PMDREAV)**

Nº. DO QUESTIONÁRIO: _____

NOME: _____

/

DADOS PESSOAIS:

1) IDADE: _____ (em anos)

Não informado (99)

RIDMD

2) SEXO: Masc (1) Fem (2)

Não informado (9)

RSEXMD

3) Nº. DE FILHOS: _____

Não informado (9)

RFILMD

4) Você já esteve internado em UTI?

Sim (1) Não (2)

Não informado (9)

RUTIMD

5) Você já acompanhou pessoa próxima internada em UTI?

Sim (1) Não (2)

Não informado (9)

RACMD

6) Existe história de dor crônica pessoal ou em alguém próximo? (ex: câncer, artrite...)

Sim (1) Não (2)

Não informado (9)

RDORMD

7) Qual a sua prática religiosa:

Católico (1) Evangélico (2) Espiritualista (3)

Outras (4) Nenhuma (5)

Não informado (9)

RRELMD

DADOS PROFISSIONAIS

(considerar o HAM e outros serviços nos quais você atua):

8) PROFISSÃO:

Téc. Enfermagem (4)

Aux. Enfermagem (5)

Não informado (9)

RPROFMD

9) TEMPO DE FORMADO: _____ (em anos)

Não informado (99)

RTEMD

10) Tempo de atuação em neonatologia: _____(em anos)

Não informado (99)

RNEOMD ☐

11) Tempo de atuação na UTI-NEO HAM: _____(em anos)

Não informado (99)

RHAMD ☐

12) Jornada semanal em UTI-NEONATAL:

Até 30h (1) 31-40h (2) acima 40h (3)

Não informado (9)

RJORMD ☐

13) Jornada semanal na UTI-NEONATAL DO HAM:

Até 30h (1) 31-40h (2) acima 40h (3)

Não informado (9)

RJHAMD ☐

14) Regime de trabalho em UTI-NEONATAL:

Diária (1) Plantão (2) Misto (3)

Não informado (9)

RREGMD ☐

15) Regime de trabalho na UTI-NEONATAL DO HAM:

Diária (1) Plantão (2) Misto (3)

Não informado (9)

RRHAMD ☐

16) Trabalha ou já trabalhou em UTI PEDIÁTRICA?

Sim (1) Não (2)

Não informado (9)

RPEDMD ☐

17) Tempo de atuação em UTI PEDIÁTRICA: _____(em anos)

Não se aplica (8)

Não informado (99)

RTPEDMD ☐

18) Jornada semanal em UTI PEDIÁTRICA:

Até 30hs (1) 31-40hs (2) acima 40hs (3)

Não trabalha/trabalhou (8)

Não informado (9)

RJPEDMD ☐

19) Regime de trabalho em UTI PEDIÁTRICA:

Diária (1) Plantão (2) Misto (3) Não trabalha/trabalhou (8)

Não informado (9)

RRGPEDMD ☐DADOS RELATIVOS AO MANEJO DA DOR NA UTI NEONATAL DO HAM:
(considerar a sua opinião sobre o serviço)

20) Você acha que a dor do RN é lembrada no serviço?

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4)

Raramente (5)

Não informado(9)

RCONSMD ☐

21) Com que frequência a dor do RN é avaliada no serviço?

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4)

Raramente (5)

Não informado(9)

RAVALMD ☐

22) Com que frequência a dor do RN é aliviada no serviço?

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4)

Raramente (5)

Não informado(9)

RALMD ☐

23) Existem normas e rotinas relativas ao manejo da dor neonatal no serviço?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3)

Não informado(9)

RNMD ☐

• COMO VOCÊ ACHA QUE A DOR DO RN É AVALIADA NA UTI DO HAM?

24) Através do CHORO?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não serve(4) Não é avaliada(5) Não informado(9)

RCHMD ☐

25) Através da MÍMICA FACIAL?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não serve(4) Não é avaliada(5) Não informado(9)

RMIMD ☐

26) Através da MOVIMENTAÇÃO DOS MEMBROS?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não serve(4) Não é avaliada(5) Não informado(9)

RMOVMD ☐

27) Através de PARÂMETROS FISIOLÓGICOS (FC, SAT O₂)?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não serve(4) Não é avaliada(5) Não informado(9)

RFISMD ☐

28) É utilizada alguma ESCALA ESPECÍFICA PARA AVALIAÇÃO DA DOR NO RN?

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)

Não existe(4) Não é avaliada(5)

Não informado(9)

RESCMD ☐

QUAL(IS) ESCALA(S)? _____

• ALÍVIO DA DOR NOS RN DA UTI DO HAM:

É UTILIZADO ALGUM MÉTODO PARA ALÍVIO DA DOR NESTAS SITUAÇÕES?

29) Para a COLETA DE SANGUE:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)

Não é necessário(8)

Não informado(9)

RCOLMD ☐

30) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (Fentanyl, Dipirona, Tylenol®) (1)

Analgésicos tópicos (EMLA®, lidocaína) (2)

Não sabe(3)

Métodos não farmacológicos (sucção, solução adocicada, contenção, enrolamento) (4)

Não é necessário (8)

Não informado(9)

RCOLFQMD ☐

31) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3)

Não informado(9)

RCOLADMD ☐

32) Para a PUNÇÃO VENOSA (venóclise):

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)

Não é necessário(8)

Não informado(9)

RPVMD ☐

33) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (Fentanyl, Dipirona, Tylenol®) (1)

Analgésicos tópicos (EMLA®, lidocaína) (2) Não sabe(3)

Métodos não farmacológicos (sucção, solução adocicada, contenção, enrolamento) (4)

Não é necessário(8)

Não informado(9)

RPVFQMD ☐

34) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3)

Não informado(9)

RPVADMD ☐

35) Para a PUNÇÃO DO CALCANHAR (exemplo: HGT):

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)

Não é necessário(8)

Não informado(9)

RPCMD ☐

36) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (Fentanyl, Dipirona, Tylenol®) (1)

Analgésicos tópicos (EMLA®, lidocaína) (2) Não sabe(3)

Métodos não farmacológicos (sucção, solução adocicada, contenção, enrolamento) (4)

Não é necessário(8)

Não informado(9)

RPCFQMD ☐

37) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3)

Não informado(9)

RPCADMD ☐

38) Para a ASPIRAÇÃO DE VAS (boca e narinas):

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)

Não é necessário(8)

Não informado(9)

RVASMD ☐

39) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (Fentanyl, Dipirona, Tylenol®) (1)

Analgésicos tópicos (EMLA®, lidocaína) (2) Não sabe(3)

Métodos não farmacológicos (sucção, solução adocicada, contenção, enrolamento) (4)

Não é necessário(8)

Não informado(9)

RVASFQMD ☐

40) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3)

Não informado(9)

RVASADMD ☐

41) Para a ASPIRAÇÃO DE TOT:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)

Não é necessário(8)

Não informado(9)

RTOTMD ☐

42) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (Fentanyl, Dipirona, Tylenol®) (1)

Analgésicos tópicos (EMLA®, lidocaína) (2) Não sabe(3)

Métodos não farmacológicos (sucção, solução adocicada, contenção, enrolamento) (4)

Não é necessário(8)

Não informado(9)

RTOTFQMD ☐

43) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3)

Não informado(9)

RTOTADMD ☐

- MELHORIA DO MANEJO DA DOR NEONATAL NA UTI-NEONATAL DO HAM:

44) Na sua opinião, é necessária alguma mudança na prática do manejo da dor na UTI-NEONATAL do HAM?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3)

Não informado(9)

RMUDMD ☐

45) Você acha que faltam conhecimentos à equipe sobre o manejo da dor neonatal?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3)

Não informado(9)

RCONMD ☐

46) Você acha que faltam recursos materiais para um adequado manejo da dor neonatal?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3)

Não informado(9)

RMATMD ☐

47) Você participou da capacitação dos profissionais do HAM no Manejo da Dor Neonatal?

Sim(1) Não(2)

Não informado(9)

CAPACMD ☐

48) Na sua opinião, ocorreu alguma mudança na prática do manejo da dor na UTI-NEONATAL DO HAM após a capacitação dos profissionais?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3)

Não informado(9)

MDCPMD ☐

49) Caso a resposta seja SIM, quais as mudanças que você identifica e o que vc acha que contribuiu para que essas mudanças acontecessem.

50) Caso a resposta seja NÃO, o que você acha que vem dificultando o processo de mudança em relação ao manejo da dor na UTI neonatal?

51) Com relação a mudanças propostas na capacitação do Manejo da Dor Neonatal, como você considera que foram colocadas em prática:

• Cumprimento do Protocolo de Manejo da Dor Neonatal:
 Sempre(1) Frequentemente (2) Raramente (3) Nunca(4)
 Não sabe(5) Não é necessário(8) Não informado(9)

• Definição do Fiscal da Dor nos plantões
 Sempre(1) Frequentemente (2) Raramente (3) Nunca(4)
 Não sabe(5) Não é necessário(8) Não informado(9)

• Utilização dos “crachás de doação” definidos ao término das reuniões de capacitação (crachá com a palavra que define o que cada pessoa está disposta a doar ao outro naquele dia)
 Sempre(1) Frequentemente (2) Raramente (3) Nunca(4)
 Não sabe(5) Não é necessário(8) Não informado(9)

• Medidas de Humanização da Assistência (aconchego, enrolamento, diminuição de ruídos/luz, manipulação mínima, etc)
 Sempre(1) Frequentemente (2) Raramente (3) Nunca(4)
 Não sabe(5) Não é necessário(8) Não informado(9)

• Você observou a colocação de Banners (cartazes) referentes ao Protocolo de Manejo da Dor Neonatal colocados na UTI /UCI?
 Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não informado(9)

• Você observou a colocação de Escalas de Avaliação da Dor Neonatal colocados na UTI /UCI?
 Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não informado(9)

CUMPMD ☐

FISCALMD ☐

CRAMD ☐

HUMAMD ☐

BANMD ☐

ESCMD ☐

**APÊNDICE M - Questionário Aplicado aos Profissionais Nível Superior –
Reavaliação
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
Nível Doutorado**

**Manejo da dor em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal - Avaliação de um
projeto de Intervenção**

**QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS NÍVEL SUPERIOR REAVALIAÇÃO
(PSUPREAV)**

Nº. DO QUESTIONÁRIO: _____

NOME: _____

DADOS PESSOAIS:

1) IDADE: _____ (em anos) Não informado (9)

2) SEXO: Masc (1) Fem (2) Não informado (9)

3) Nº. DE FILHOS: _____ Não informado (9)

4) Você já esteve internado em UTI?
Sim (1) Não (2) Não informado (9)

5) Você já acompanhou pessoa próxima internada em UTI?
Sim (1) Não (2) Não informado (9)

6) Existe história de dor crônica pessoal ou em alguém próximo?
Sim (1) Não (2) Não informado (9)

7) Qual a sua prática religiosa:
Católico (1) Evangélico (2) Espiritualista (3)
Outras (4) Nenhuma (5) Não informado (9)

DADOS PROFISSIONAIS

(considerar o HAM e outros serviços nos quais você atua):

8) PROFISSÃO: Médico (1) Enfermeiro (2) Fisioterapeuta (3)
Não informado (9)

9) TEMPO DE FORMADO: _____ (em anos) Não informado (9)

10) RESIDÊNCIA / PÓS-GRAD. *LATO SENSU* (Especialização)?
Sim (1) Não (2) Em curso (3) Não informado (9)

RQUESP ☐ ☐ ☐

RIDSP ☐ ☐

RSEXSP ☐

RFILSP ☐ ☐

RUTISP ☐

RACUTISP ☐

RDORSP ☐

RRELSP ☐

RPROFSP ☐

RTEMSP ☐ ☐

RRESP ☐

• PERGUNTAS 11-12 e 13 EXCLUSIVA PARA OS MÉDICOS

- 11) TEP? Sim (1) Não (2) Não se aplica (8) Não informado (9)
- 12) TEN? Sim (1) Não (2) Não se aplica (8) Não informado (9)
- 13) TETIP? Sim (1) Não (2) Não se aplica (8) Não informado (9)
- 14) PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO-SENSU*?
Sim (1) Não (2) Em curso (3) Não informado (9)
- 15) QUAL NÍVEL?
Mestrado (1) Doutorado (2) Não se aplica (8) Não informado (9)
- 16) ATIVIDADE DOCENTE/PRECEPTORIA?
Sim (1) Não (2) Não informado (9)
- 17) TEMPO DE ATUAÇÃO EM NEONATOLOGIA: _____ (em anos)
Não informado (99)
- 18) TEMPO DE ATUAÇÃO NA **UTI-NEO HAM**: _____ (em anos)
Não informado (99)
- 19) JORNADA SEMANAL EM UTI-NEONATAL:
Até 20h (1) 21-40h (2) acima 40h (3) Não informado (9)
- 20) JORNADA SEMANAL NA **UTI-NEONATAL DO HAM**:
Até 20h (1) 21-40h (2) acima 40h (3) Não informado (9)
- 21) REGIME DE TRABALHO EM UTI-NEONATAL:
Diária (1) Plantão (2) Misto (3) Não informado (9)
- 22) REGIME DE TRABALHO NA **UTI-NEONATAL DO HAM**:
Diária (1) Plantão (2) Misto (3) Não informado (9)
- 23) TRABALHA OU JÁ TRABALHOU EM UTI PEDIÁTRICA?
Sim (1) Não (2) Não informado (9)
- 24) TEMPO DE ATUAÇÃO EM UTI PEDIÁTRICA: _____ (em anos)
Não se aplica (8) Não informado (9)
- 25) JORNADA SEMANAL EM UTI PEDIÁTRICA:
Até 20hs (1) 21-40hs (2) acima 40hs (3) Não se aplica (8) Não informado (9)
- 26) REGIME DE TRABALHO EM UTI PEDIÁTRICA:
Diária (1) Plantão (2) Misto (3) Não se aplica (8) Não informado (9)

RTEP ☐RTEN ☐RTETIP ☐RPOSGRD ☐RNIVEL ☐RATVDOC ☐RTNEOSP ☐RTHAMSP ☐RJNEOSP ☐RJNHAMSP ☐RRNEOSP ☐RRHAMSP ☐RUTIPEDSP ☐RTPEDSP ☐RJPEDSP ☐RRGPEDSP ☐

DADOS RELATIVOS AO MANEJO DA DOR NA UTI NEONATAL DO HAM:(considerar a sua opinião sobre o serviço)

27) Você acha que a dor do RN é lembrada no serviço?

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4)

Raramente (5)

Não informado(9)

RCONSP ☐28) Com que frequência a dor do RN é **avaliada** no serviço?

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4)

Raramente (5)

Não informado(9)

RAVALSP ☐29) Com que frequência a dor do RN é **aliviada** no serviço?

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4)

Raramente (5)

Não informado(9)

RALSP ☐

30) Existem normas e rotinas relativas ao manejo da dor neonatal no serviço?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3)

Não informado(9)

RNORSP ☐

- COMO É AVALIADA A DOR DO RN NA UTI DO HAM?**

31) Através do CHORO?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não serve(4) Não é avaliada(5) Não informado(9)

RCHSP ☐

32) Através da MÍMICA FACIAL?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não serve(4) Não é avaliada(5) Não informado(9)

RMIMSP ☐

33) Através da MOVIMENTAÇÃO DOS MEMBROS?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não serve(4) Não é avaliada(5) Não informado(9)

RMOVSP ☐34) Através de PARÂMETROS FISIOLÓGICOS (FC, SAT O₂)?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não serve(4) Não é avaliada(5) Não informado(9)

RFISP ☐

35) É utilizada alguma escala ESPECÍFICA PARA AVALIAÇÃO DA DOR NO RN?

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)

Não existe(6)

Não é avaliada(7)

Não informado(9)

RESCSP ☐

QUAL? _____

• **ALÍVIO DA DOR NOS RN DA UTI DO HAM:**

É UTILIZADO ALGUM MÉTODO PARA ALÍVIO DA DOR NESTAS SITUAÇÕES?

36) DRENAGEM TORÁCICA:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)
Não é necessário(8) Não informado(9)

RDT ☐

37) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (1) Analgésicos tópicos (2) Não sabe(3)
Métodos não farmacológicos (4) Não é necessário(8) Não informado(9)

RDTF ☐

38) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não informado(9)

RDTAD ☐

39) INTUBAÇÃO ELETIVA:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)
Não é necessário(8) Não informado(9)

RIOT ☐

40) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (1) Analgésicos tópicos (2) Não sabe(3)
Métodos não farmacológicos (4) Não é necessário(8) Não informado(9)

RIOTFQ ☐

41) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não informado(9)

RIOTAD ☐

42) VENTILAÇÃO MECÂNICA:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)
Não é necessário(8) Não informado(9)

RVMA ☐

43) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (1) Analgésicos tópicos (2) Não sabe(3)
Métodos não farmacológicos (4) Não é necessário(8) Não informado(9)

RVMAFQ ☐

44) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não informado(9)

RVMAAD ☐

45) PÓS-OPERATÓRIO:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)
Não é necessário(8) Não informado(9)

RPOP ☐

46) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (1) Analgésicos tópicos (2) Não sabe(3)
Métodos não farmacológicos (4) Não é necessário(8) Não informado(9)

RPOPFG ☐

47) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não informado(9)

RPOPAD ☐

48) ENTEROCOLITE NECROSANTE:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)
Não é necessário(8) Não informado(9)

RECNE ☐

49) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (1) Analgésicos tópicos (2) Não sabe(3)
Métodos não farmacológicos (4) Não é necessário(8) Não informado(9)

RECNGFQ ☐

50) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não informado(9)

RECNEAD ☐

51) PUNÇÃO ARTERIAL:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)
Não é necessário(8) Não informado(9)

RPAFT ☐

52) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (1) Analgésicos tópicos (2) Não sabe(3)
Métodos não farmacológicos (4) Não é necessário(8) Não informado(9)

RPAFTG ☐

53) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não informado(9)

RPAFTAD ☐

54) PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)
Não é necessário(8) Não informado(9)

RPVENSP ☐

55) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (1) Analgésicos tópicos (2) Não sabe(3)
Métodos não farmacológicos (4) Não é necessário(8) Não informado(9)

RPVENFQSP ☐

56) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não informado(9)

RPVENADSP ☐

57) PUNÇÃO CALCANHAR:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)
 Não é necessário(8) Não informado(9)

RPCALSP ☐

58) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (1) Analgésicos tópicos (2) Não sabe(3)
 Métodos não farmacológicos (4) Não é necessário(8) Não informado(9)

RPCALFRSP ☐

59) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não informado(9)

RPCALADSP ☐

60) PASSAGEM DE PICC:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)
 Não é necessário(8) Não informado(9)

RPICC ☐

61) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (1) Analgésicos tópicos (2) Não sabe(3)
 Métodos não farmacológicos (4) Não é necessário(8) Não informado(9)

RPICCFQ ☐

62) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não informado(9)

RPICCAD ☐

63) ASPIRAÇÃO DE VAS:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)
 Não é necessário(8) Não informado(9)

PAVASP ☐

64) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (1) Analgésicos tópicos (2) Não sabe(3)
 Métodos não farmacológicos (4) Não é necessário(8) Não informado(9)

RAVASFQSP ☐

65) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não informado(9)

RAVASADSP ☐

66) ASPIRAÇÃO DE TOT:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)
 Não é necessário(8) Não informado(9)

RTOTSP ☐

67) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (1) Analgésicos tópicos (2) Não sabe(3)
 Métodos não farmacológicos (4) Não é necessário(8) Não informado(9)

RTOTFQSP ☐

68) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3)

Não informado(9)

RTOTADSP ☐

69) COLETA DE LCR:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)

Não é necessário(8)

Não informado(9)

RLCR ☐

70) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (1) Analgésicos tópicos (2) Não sabe(3)

Métodos não farmacológicos (4) Não é necessário(8) Não informado(9)

RLCRFQ ☐

71) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3)

Não informado(9)

RLCRAD ☐

72) PUNÇÃO VENOSA CENTRAL/DISSECÇÃO VENOSA:

Sempre(1) Nunca(2) Não sabe(3) Frequentemente (4) Raramente (5)

Não é necessário(8)

Não informado(9)

RPVC ☐

73) Qual o método usado mais frequentemente?

Analgésicos sistêmicos (1) Analgésicos tópicos (2) Não sabe(3)

Métodos não farmacológicos (4) Não é necessário(8) Não informado(9)

RPVCFQ ☐

74) Você considera esse método adequado?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3)

Não informado(9)

RPVCAD ☐

- MELHORIA DO MANEJO DA DOR NA UTI-NEONATAL DO HAM:**

75) Na sua opinião, é necessária alguma mudança na prática do manejo da dor na UTI-NEONATAL DO HAM?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3)

Não informado(9)

RMUDSP ☐

76) Você acha que faltam conhecimentos à equipe sobre o manejo da dor neonatal?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3)

Não informado(9)

RCONSP ☐

77) Você acha que faltam recursos materiais para um adequado manejo da dor neonatal?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3)

Não informado(9)

RMATSP ☐

78) Você participou da capacitação dos profissionais do HAM no Manejo da Dor Neonatal?

Sim(1) Não(2)

Não informado(9)

CAPACSP ☐

79) Na sua opinião, ocorreu alguma mudança na prática do manejo da dor na UTI-NEONATAL DO HAM após a capacitação dos profissionais?

Sim(1) Não(2) Não sabe(3)

Não informado(9)

MDCPSP ☐

80) Caso a resposta seja SIM, quais as mudanças que você identifica e o que vc acha que contribuiu para que essas mudanças acontecessem.

81) Caso a resposta seja NÃO, o que você acha que vem dificultando o processo de mudança em relação ao manejo da dor na UTI neonatal?

82) Com relação a mudanças propostas na capacitação do Manejo da Dor Neonatal, como você considera que foram colocadas em prática:

• Cumprimento do Protocolo de Manejo da Dor Neonatal:
Sempre(1) Frequentemente (2) Raramente (3) Nunca(4)
Não sabe(5) Não é necessário(8) Não informado(9)

CUMPSP ☐

• Definição do Fiscal da Dor nos plantões
Sempre(1) Frequentemente (2) Raramente (3) Nunca(4)
Não sabe(5) Não é necessário(8) Não informado(9)

FISCALSP ☐

• Utilização dos “crachás de doação” definidos ao término das reuniões de capacitação (crachá com a palavra que define o que cada pessoa está disposta a doar ao outro naquele dia)
Sempre(1) Frequentemente (2) Raramente (3) Nunca(4)
Não sabe(5) Não é necessário(8) Não informado(9)

CRASP ☐

• Medidas de Humanização da Assistência (aconchego, enrolamento, diminuição de ruídos/luz, manipulação mínima, etc)
Sempre(1) Frequentemente (2) Raramente (3) Nunca(4)
Não sabe(5) Não é necessário(8) Não informado(9)

HUMASP ☐

• Você observou a colocação de Banners (cartazes) referentes ao Protocolo de Manejo da Dor Neonatal colocados na UTI /UCI?
Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não informado(9)

BANSP ☐

• Você observou a colocação de Escalas de Avaliação da Dor Neonatal colocados na UTI /UCI?
Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não informado(9)

ESCSPP ☐

APÊNDICE N - TABELAS DA ANÁLISE PAREADA

Tabela 7. Manejo da dor na UTIN/HAM_Pareado. Recife, 2013.

Manuseio da DOR	Momento				p-valor
	Baseline		Reavaliação		
	n	%	n	%	
Nível Superior					
Lembrada					
Sempre / Frequentemente	17	63,0	21	80,8	0,257 **
Nunca / Raramente	10	37,0	5	19,2	
Avaliada					
Sempre / Frequentemente	7	26,9	18	69,3	0,007 *
Nunca / Raramente	15	57,7	7	26,9	
Não sabe	4	15,4	1	3,8	
Aliviada					
Sempre / Frequentemente	10	40,0	21	77,8	0,019 *
Nunca / Raramente	10	40,0	5	18,5	
Não sabe	5	20,0	1	3,7	
Normas e Rotinas					
Sim	2	7,4	19	73,1	< 0,001 *
Não	23	85,2	5	19,2	
Não sabe	2	7,4	2	7,7	
Nível Médio					
Lembrada					
Sempre / Frequentemente	10	50,0	12	66,7	0,478 **
Nunca / Raramente	10	50,0	6	33,3	
Avaliada					
Sempre / Frequentemente	7	35,0	13	68,4	0,077 **
Nunca / Raramente	13	65,0	6	31,6	
Aliviada					
Sempre / Frequentemente	7	43,8	10	58,8	0,605 *
Nunca / Raramente	9	56,3	7	41,2	
Normas e Rotinas					
Sim	3	18,8	17	89,5	<0,001 **
Não	13	81,3	2	10,5	

(*) Teste Exato de Fisher (**)Teste Qui-Quadrado

Fonte: Aymar, 2013.

Tabela 8. Necessidade de mudanças no manejo da dor UTIN/HAM_ Pareado

Avaliação da DOR	Momento				p-valor
	Baseline		Reavaliação		
	n	%	n	%	
Nível Superior					
Necessidade de Mudança					
Sim	26	96,3	25	92,6	1,000 *
Não	0	0,0	1	3,7	
Não Sabe	1	3,7	1	3,7	
Falta de Conhecimento					
Sim	20	74,1	15	57,7	0,497 *
Não	6	22,2	10	38,5	
Não Sabe	1	3,7	1	3,8	
Falta de Recursos e Material					
Sim	5	18,5	5	19,2	1,000 *
Não	22	81,5	21	80,8	
Nível Médio					
Necessidade de Mudança					
Sim	19	95,0	10	55,6	0,007 *
Não	1	5,0	8	44,4	
Falta de Conhecimento					
Sim	19	95,0	13	72,2	0,083 *
Não	1	5,0	5	27,8	
Falta de Recursos e Material					
Sim	9	45,0	6	30,0	0,748 *
Não	10	50,0	13	65,0	
Não Sabe	1	5,0	1	5,0	

(*) Teste Exato de Fisher (**)Teste Qui-Quadrado

Fonte: Aymar, 2013.

Tabela 9. Alívio da dor x procedimentos na UTIN/HAM_Nível Superior_Pareado

Variáveis	Momento				p-valor
	Baseline		Reavaliação		
	n	%	n	%	
Drenagem Torácica					
Sempre / Frequentemente	20	80,0	24	92,3	0,248 *
Nunca / Raramente	5	20,0	2	7,7	
IOT Eletiva					
Sempre / Frequentemente	2	7,4	4	16,0	0,377 *
Nunca / Raramente	21	77,8	20	80,0	
Não sabe	4	14,8	1	4,0	
VMA					
Sempre / Frequentemente	8	29,6	12	48,0	0,358 *
Nunca / Raramente	18	66,7	12	48,0	
Não sabe	1	3,7	1	4,0	
Pós-Operatório					
Sempre / Frequentemente	24	88,9	24	92,3	1,000 *
Nunca / Raramente	3	11,1	2	7,7	
ECN					
Sempre / Frequentemente	16	59,3	23	85,2	0,054 *
Nunca / Raramente	10	37,0	3	11,1	
Não sabe	1	3,7	1	3,7	
Punção Arterial					
Sempre / Frequentemente	1	4,0	13	48,1	< 0,001 *
Nunca / Raramente	23	92,0	13	48,1	
Não sabe	1	4,0	1	3,8	
Punção Periférica					
Sempre / Frequentemente	0	0,0	11	50,0	< 0,001 **
Nunca / Raramente	26	100,0	11	50,0	
Punção Calcânhar					
Sempre / Frequentemente	0	0,0	3	11,5	0,064 *
Nunca / Raramente	26	96,3	19	73,1	
Não sabe	1	3,7	4	15,4	
PICC					
Sempre / Frequentemente	3	12,0	16	64,0	0,001 **
Nunca / Raramente	11	44,0	5	20,0	
Não sabe	11	44,0	4	16,0	

(*) Teste Exato de Fisher (**) Teste Qui-Quadrado

Fonte: Aymar, 2013.

Tabela 10. Alívio da dor x procedimentos na UTIN/HAM_Nível Superior_Pareado_Continuação

Variáveis	Momento				p-valor
	Baseline		Reavaliação		
	n	%	n	%	
Aspiração VAS					
Sempre / Frequentemente	0	0,0	9	34,6	0,001 *
Nunca / Raramente	25	96,2	15	57,7	
Não é Necessário	1	3,8	2	7,7	
Aspiração TOT					
Sempre / Frequentemente	2	8,0	10	38,5	0,016 *
Nunca / Raramente	22	88,0	14	53,8	
Não sabe	1	4,0	2	7,7	
Coleta LCR					
Sempre / Frequentemente	4	15,4	18	66,7	< 0,001 *
Nunca / Raramente	21	80,8	4	14,8	
Não sabe	1	3,8	5	18,5	
PVC					
Sempre / Frequentemente	18	66,7	20	74,1	0,832 *
Nunca / Raramente	6	22,2	5	18,5	
Não sabe	3	11,1	2	7,4	

(*) Teste Exato de Fisher (**)Teste Qui-Quadrado

Fonte: Aymar, 2013.

Tabela 11. Alívio da dor x procedimentos na UTIN/HAM_Nível Médio_Pareado

Variáveis	Momento				p-valor
	Baseline		Reavaliação		
	n	%	n	%	
Coleta de Sangue					
Sempre / Frequentemente	0	0,0	11	57,9	< 0,001 **
Nunca / Raramente	18	100,0	8	42,1	
Punção Venosa					
Sempre / Frequentemente	9	45,0	15	78,9	0,124 *
Nunca / Raramente	11	55,0	4	21,1	
Punção Calcanhar					
Sempre / Frequentemente	2	10,5	6	30,0	0,079 *
Nunca / Raramente	17	89,5	12	60,0	
Aspiração VAS					
Sempre / Frequentemente	2	10,0	10	52,7	0,003 *
Nunca / Raramente	17	85,0	7	36,8	
Não é Necessário	1	5,0	2	10,5	
Aspiração TOT					
Sempre / Frequentemente	3	15,0	10	62,5	0,009 **
Nunca / Raramente	17	85,0	6	37,5	

(*) Teste Exato de Fisher (**)Teste Qui-Quadrado

Fonte: Aymar, 2013.

APÊNDICE O - QUALIQUANTISOFT® - resultados quantitativos - ideia central – *baseline*

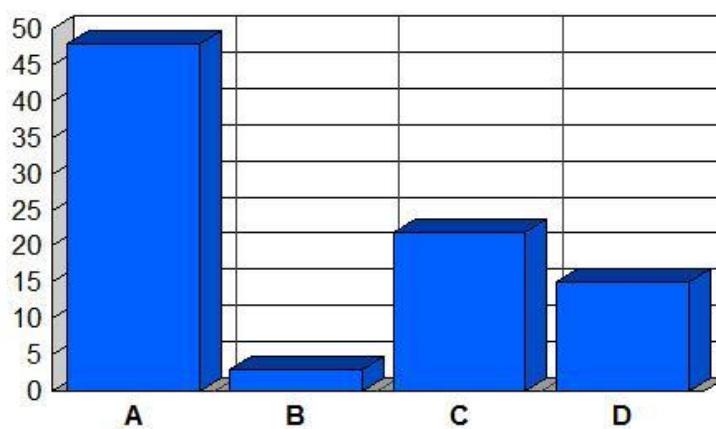
QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL

MANEJO DA DOR - HAM

1) O QUE VOCÊ ACHA QUE DIFICULTA O RECONHECIMENTO E A AÇÃO DOS PROFISSIONAIS NO TRATAMENTO DA DOR NA UTI-NEONATAL DO HAM?

A	Educação Permanente em Saúde	48	54,55 %
B	Não Há Dificuldade	3	3,41 %
C	Prática Não Reflexiva	22	25,00 %
D	Humanização em Saúde	15	17,05 %

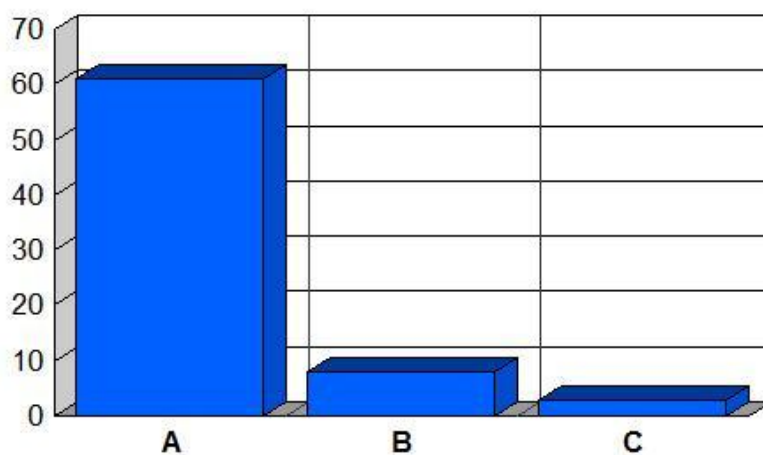
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA 88 ..



QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL
2) O QUE VOCÊ ACHA QUE PODERIA AJUDAR OS PROFISSIONAIS DESTA UTI A RECONHECER E AGIR QUANDO UM RECÉM-NASCIDO ESTÁ COM DOR?

A	Educação Permanente em Saúde	61	84,72 %
B	Humanização em Saúde	8	11,11 %
C	Prática Reflexiva	3	4,17 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA **72**

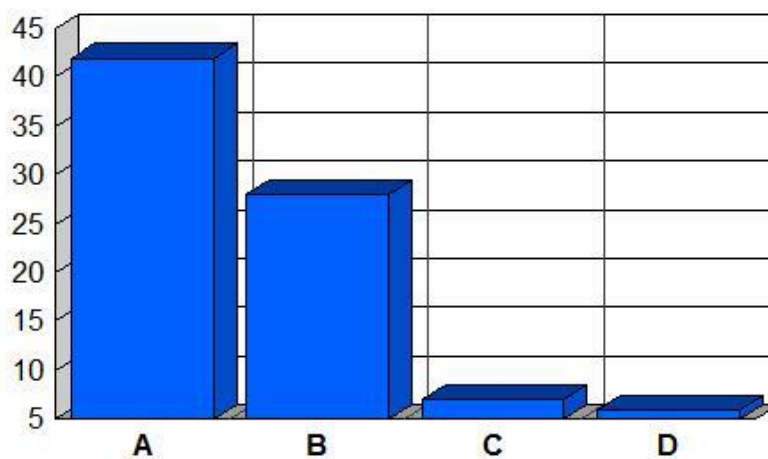


QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL

3) PARA VOCÊ, O QUE SIGNIFICA O TERMO: “HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA”?

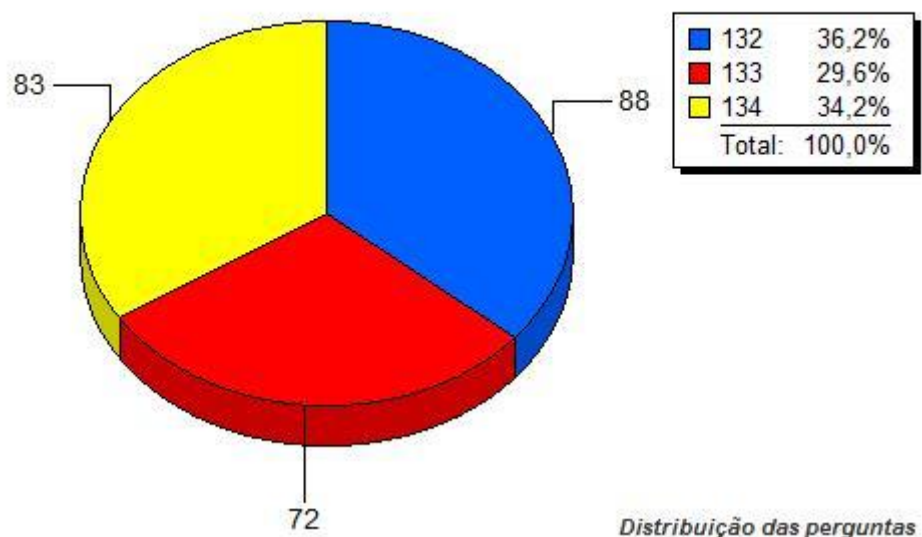
A Assistência Integral	42	50,60 %
B Empatia	28	33,73 %
C Educação Permanente em Saúde	7	8,43 %
D Estrutura do Serviço	6	7,23 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA 83



QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL

TOTAL DE RESPOSTAS DA PESQUISA 243



APÊNDICE P - QUALIQUANTISOFT® - resultados quantitativos - ideia central – reavaliação

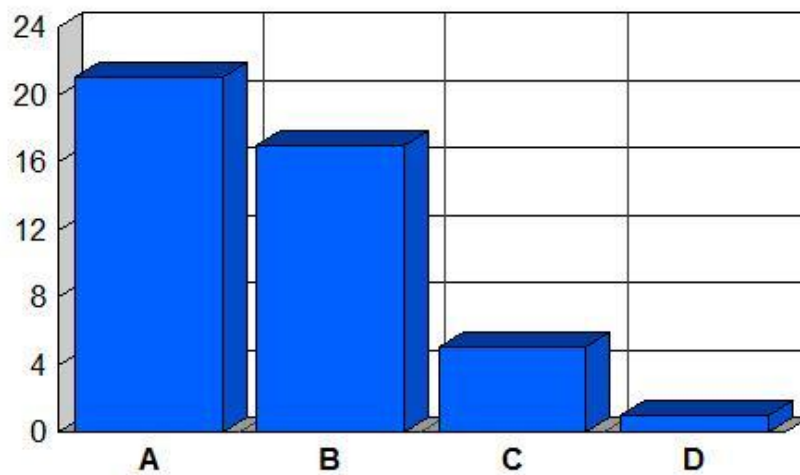
QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL

Manejo da dor - Reavaliação

1) Caso a resposta seja SIM, quais as mudanças que você identifica e o que vc acha que contribuiu para que essas mudanças acontecessem?

A	Prática Reflexiva	21	47,73 %
B	Assistência Integral - Rotina	17	38,64 %
C	Educação Permanente	5	11,36 %
D	Organização do serviço	1	2,27 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA 44

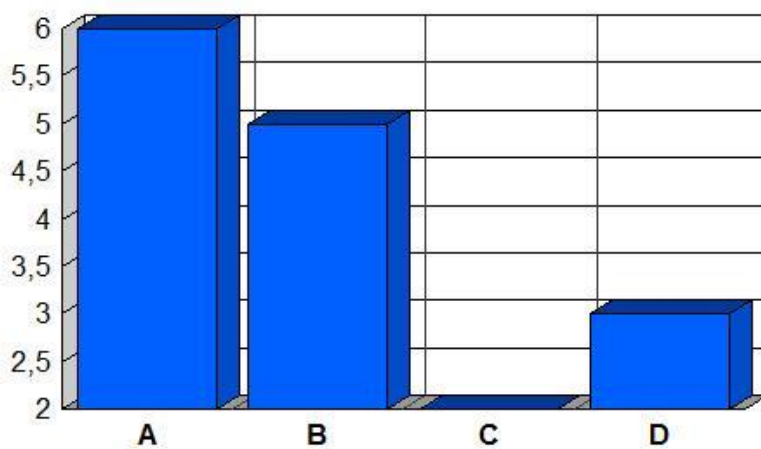


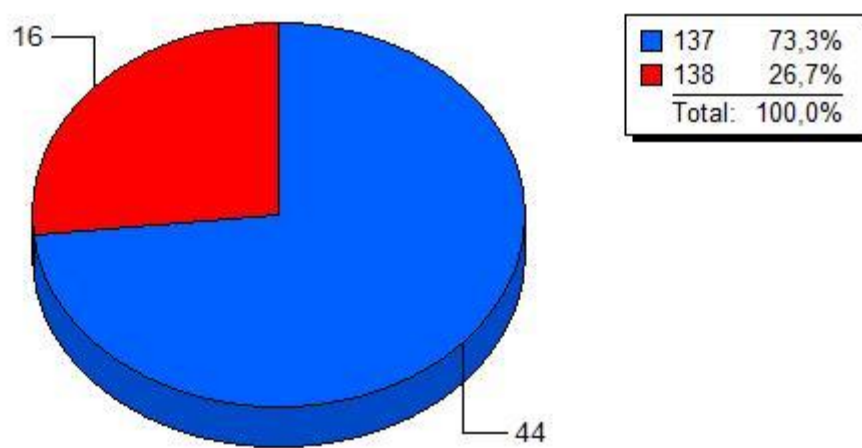
QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL

2) Caso a resposta seja NÃO, o que você acha que vem dificultando o processo de mudança em relação ao manejo da dor na UTI neonatal?

A Organização do serviço	6	37,50 %
B Prática não reflexiva	5	31,25 %
C Assistência Integral	2	12,50 %
D Educação Permanente em Saúde	3	18,75 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA 16



TOTAL DE RESPOSTAS DA PESQUISA 60*Distribuição das perguntas*

ANEXOS

**ANEXO A - Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos do Hospital Agamenon Magalhães**




**COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP**

Recife, 01 de outubro de 2010.

Prezada Investigadora

Informamos a Vsa., que foi aprovado na reunião do dia 29/09/2010, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães, o projeto de pesquisa, “**MANEJO DA DOR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL – AVALIAÇÃO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO**”, nº do registro do comitê **280, CAAE-0173.0.236.000-10**, conforme normas para pesquisa envolvendo seres humanos resolução 196/96.

Atenciosamente,



Dr. Francisco Bandeira, PhD., F.A.C.E.
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Agamenon Magalhães

Estrada do Arraial – 2723 – Casa Amarela – Recife - PE – CEP 52051380

ANEXO B - DINÂMICA DOS BALÕES

OBJETIVOS: propiciar a discussão sobre o trabalho de equipe, cooperação e visão sistêmica.

MATERIAL: uma bexiga para cada participante, papel e canetas.

DESENVOLVIMENTO: entregar para cada participante um balão, um pedaço de papel e uma caneta, pedindo que eles escrevam no papel algo que ajuda ou que atrapalha o trabalho na UTIN do HAM, depois coloquem no balão, encham e deem um nó na ponta. Todos são solicitados a se dirigir para o centro da sala e brincar com os balões, mantendo-os no ar. A única regra é: Nenhuma bexiga pode cair no chão.

Após um pequeno tempo, o instrutor deve começar a retirar as pessoas (discretamente), mantendo, contudo, suas bexigas em jogo. O jogo termina quando tiver só 1 ou 2 pessoas tentando manter todas as bexigas no ar.

QUESTÕES PARA DISCUSSÃO:

1. O que aconteceu conforme as pessoas foram sendo retiradas?
2. Como vocês se sentiram?
3. Qual a importância de cada um dentro da equipe?
4. Qual a importância da cooperação?

Ao final, todos devem escolher um balão, estourar, ler e comentar o conteúdo do papel, que possivelmente terá sido escrito por um colega.

ANEXO C - DINÂMICA DOS BOMBONS

OBJETIVOS: propiciar a discussão sobre o trabalho de equipe, cooperação e visão sistêmica.

MATERIAL: bombons (tipo Sonho de Valsa®) na quantidade igual ou superior ao número de participantes e pedaços de fitas em número igual ou superior ao dos participantes e em tamanho suficiente para amarrá-los.

DESENVOLVIMENTO: os bombons são colocados numa mesa no centro da sala e cada participante ficará de pé e terá os seus braços amarrados junto ao copo, lateralmente, na altura do quadril. Serão oferecidos os bombons a todos e dizer que, com a condição de que ninguém retire os braços da posição inicial, eles deverão verificar como e o que fazer para conseguir comer o bombom. Verificar qual o comportamento do grupo e, partir daí, trabalhar cooperação, integração, egoísmo, fraternidade, outros.

QUESTÕES PARA DISCUSSÃO:

1. O que essa dinâmica mostrou?
2. Como vocês se sentiram?
3. Porque alguns tiveram dificuldade em pedir ajuda?
4. Qual a importância da cooperação?

A ideia é que cada participante peça ajuda a um colega e, juntos, peguem, abram a embalagem e coloquem na boca um do outro para que todos possam comer o seu bombom.

ANEXO D – Comprovante de Aceitação para publicação do Artigo Original – JPED

Ref. Artigo: 13-98: **Avaliação e Manejo da Dor na UTI Neonatal: Análise de uma Intervenção Educativa para os Profissionais de Saúde**

Prezada Dra. Carmen Lúcia Guimarães de Aymar:

Informamos com satisfação que seu artigo foi aceito para publicação e está previsto para ser publicado na revista nº 3 de 2014 (mai/jun).

Pedimos aos autores manterem seu endereço de e-mail atualizado para o envio das provas em pdf.

Segue anexada a carta de submissão, que deve ser assinada por todos os autores e enviada via correio para:

Jornal de Pediatria, Av. Carlos Gomes, 328/305 - Bairro: Auxiliadora - CEP: 90480-000 - Porto Alegre, RS - Brasil.

Pedimos enviar em até duas semanas. Se não for possível até esse prazo, entre em contato conosco.

Não aceitaremos cartas de submissão escaneadas. Se não for possível colher todas as assinaturas no mesmo documento, é permitido o envio de mais de uma carta.

Agradecemos a submissão de seu artigo ao Jornal de Pediatria.

Atenciosamente,

Maria de Fátima Machado

Assessora Editorial

Jornal de Pediatria

ANEXO E - Jornal de Pediatria | Instruções aos autores

Jornal de Pediatria | Instruções aos autores

O Jornal de Pediatria é a publicação científica da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), com circulação regular desde 1934. Todo o conteúdo do Jornal de Pediatria está disponível em português e inglês no site <http://www.jped.com.br>, que é de livre acesso. O Jornal de Pediatria é indexado pelo Index Medicus/MEDLINE (<http://www.pubmed.gov>), SciELO (<http://www.scielo.org>), LILACS (<http://www.bireme.br/abd/P/lilacs.htm>), EMBASE/Excerpta Medica (<http://www.embase.com>), Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) Data Bases (<http://www.siicsalud.com>), Medical Research Index (<http://www.purplehealth.com/medical-research-index.htm>) e University Microfilms International.

O Jornal de Pediatria publica resultados de investigação clínica em pediatria e, excepcionalmente, de investigação científica básica. Aceita-se a submissão de artigos em português e inglês. Na versão impressa da revista, os artigos são publicados em inglês. No site, todos os artigos são publicados em português e inglês, tanto em HTML quanto em PDF. A grafia adotada é a do inglês americano. Por isso, recomenda-se que os autores utilizem a língua com a qual se sintam mais confortáveis e confiantes de que se comunicam com mais clareza. Se um determinado artigo foi escrito originalmente em português, não deve ser submetido em inglês, a não ser que se trate de uma tradução com qualidade profissional.

Observação importante: A língua oficial de publicação do Jornal de Pediatria é o inglês e todo o site de submissão é apresentado exclusivamente em inglês.

Processo de revisão (Peer review)

Todo o conteúdo publicado pelo Jornal de Pediatria passa por processo de revisão por especialistas (peer review). Cada artigo submetido para apreciação é encaminhado aos editores, que fazem uma revisão inicial quanto aos padrões mínimos de exigência do Jornal de Pediatria e ao atendimento de todas as normas requeridas para envio dos originais. A seguir, remetem o artigo a dois revisores especialistas na área pertinente, selecionados de um cadastro de revisores. Os revisores são sempre de instituições diferentes da instituição de origem do artigo e são cegos quanto à identidade dos autores e ao local de origem do trabalho. Após receber ambos os pareceres, o Conselho Editorial os avalia e decide pela aceitação do artigo sem modificações, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Conforme a necessidade, um determinado artigo pode retornar várias vezes aos autores para esclarecimentos e, a qualquer momento, pode ter sua recusa determinada. Cada versão é sempre analisada pelo Conselho Editorial, que detém o poder da decisão final.

Tipos de artigos publicados

O Jornal de Pediatria aceita a submissão espontânea de artigos originais, artigos especiais e cartas ao editor.

Artigos originais incluem estudos controlados e randomizados, estudos de testes diagnósticos e de triagem e outros estudos descritivos e de intervenção, bem como pesquisa básica com animais de laboratório. O texto deve ter no máximo 3.000 palavras, excluindo tabelas e referências; o número de referências não deve exceder 30. O número total de tabelas e figuras não pode ser maior do que quatro.

Artigos que relatam ensaios clínicos com intervenção terapêutica (clinical trials) devem ser registrados em um dos Registros de Ensaios Clínicos listados pela Organização Mundial da Saúde e pelo International Committee of Medical Journal Editors. Na ausência de um registro latino-americano, o Jornal de Pediatria sugere que os autores utilizem o registro www.clinicaltrials.gov, dos National Institutes of Health (NIH). O número de identificação deve ser apresentado ao final do resumo.

Artigos especiais são textos não classificáveis nas demais categorias, que o Conselho Editorial julgue de especial relevância. Sua revisão admite critérios próprios, não havendo limite de tamanho ou exigências prévias quanto à bibliografia.

Cartas ao editor devem comentar, discutir ou criticar artigos publicados no Jornal de Pediatria. O tamanho máximo é de 1.000 palavras, incluindo no máximo seis referências bibliográficas. Sempre que possível, uma resposta dos autores será publicada junto com a carta.

São publicados, mediante convite, editoriais, comentários e artigos de revisão. Autores não convidados podem também submeter ao Conselho Editorial uma proposta para publicação de artigos dessas classificações.

Editoriais e comentários, que geralmente se referem a artigos selecionados, são encomendados a autoridades em áreas específicas. O Conselho Editorial também analisa propostas de comentários submetidas espontaneamente.

Artigos de revisão são avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a temas de importância clínica, com ênfase em fatores como causas e prevenção de doenças, seu diagnóstico, tratamento e prognóstico – em geral são escritos, mediante convite, por profissionais de reconhecida experiência. Meta-análises são incluídas nesta categoria. Autores não convidados podem também submeter ao Conselho Editorial uma proposta de artigo de revisão, com um roteiro. Se aprovado, o autor pode desenvolver o roteiro e submetê-lo para publicação. Artigos de revisão devem limitar-se a 6.000 palavras, excluindo referências e tabelas. As referências bibliográficas devem ser atuais e em número mínimo de 30.

Orientações gerais

O arquivo original – incluindo tabelas, ilustrações e referências bibliográficas – deve estar em conformidade com os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (<http://www.icmje.org>).

Cada seção deve ser iniciada em nova página, na seguinte ordem: página de rosto, resumo em português, resumo em inglês, texto, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas (cada tabela completa, com título e notas de rodapé, em página separada), figuras (cada figura completa, com título e notas de rodapé, em página separada) e legendas das figuras.

A seguir, as principais orientações sobre cada seção:

Página de rosto

A página de rosto deve conter todas as seguintes informações:

a) título do artigo, conciso e informativo, evitando termos supérfluos e abreviaturas; evitar também a indicação do local e da cidade onde o estudo foi realizado;

Instruções aos autores

b) título abreviado (para constar no topo das páginas), com máximo de 50 caracteres, contando os espaços;

c) nome de cada um dos autores (primeiro nome e o último sobrenome; todos os demais nomes aparecem como iniciais);

d) apenas a titulação mais importante de cada autor;

e) endereço eletrônico de cada autor;

- f) informar se cada um dos autores possui currículo cadastrado na plataforma Lattes do CNPq;
- g) a contribuição específica de cada autor para o estudo;
- h) declaração de conflito de interesse (escrever “nada a declarar” ou a revelação clara de quaisquer interesses econômicos ou de outra natureza que poderiam causar constrangimento se conhecidos depois da publicação do artigo);
- i) definição de instituição ou serviço oficial ao qual o trabalho está vinculado para fins de registro no banco de dados do Index Medicus/MEDLINE;
- j) nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência;
- k) nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pelos contatos pré-publicação;
- l) fonte financiadora ou fornecedora de equipamento e materiais, quando for o caso;
- m) contagem total das palavras do texto, excluindo resumo, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas e legendas das figuras;
- n) contagem total das palavras do resumo;
- o) número de tabelas e figuras.

Resumo

O resumo deve ter no máximo 250 palavras ou 1.400 caracteres, evitando o uso de abreviaturas. Não se devem colocar no resumo palavras que identifiquem a instituição ou cidade onde foi feito o artigo, para facilitar a revisão cega. Todas as informações que aparecem no resumo devem aparecer também no artigo. O resumo deve ser estruturado conforme descrito a seguir:

Resumo de artigo original

Objetivo: informar por que o estudo foi iniciado e quais foram as hipóteses iniciais, se houve alguma. Definir precisamente qual foi o objetivo principal e informar somente os objetivos secundários mais relevantes.

Métodos: informar sobre o delineamento do estudo (definir, se pertinente, se o estudo é randomizado, cego, prospectivo, etc.), o contexto ou local (definir, se pertinente, o nível de atendimento, se primário, secundário ou terciário, clínica privada, institucional, etc.), os pacientes ou participantes (definir critérios de seleção, número de casos no início e fim do estudo, etc.), as intervenções (descrever as características essenciais, incluindo métodos e duração) e os critérios de mensuração do desfecho.

Resultados: informar os principais dados, intervalos de confiança e significância estatística dos achados.

Conclusões: apresentar apenas aquelas apoiadas pelos dados do estudo e que contemplem os objetivos, bem como sua aplicação prática, dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares.

Resumo de artigo de revisão

Objetivo: informar por que a revisão da literatura foi feita, indicando se enfatiza algum fator em especial, como causa, prevenção, diagnóstico, tratamento ou prognóstico.

Fontes dos dados: descrever as fontes da pesquisa, definindo as bases de dados e os anos pesquisados. Informar sucintamente os critérios de seleção de artigos e os métodos de extração e avaliação da qualidade das informações.

Síntese dos dados: informar os principais resultados da pesquisa, sejam quantitativos ou qualitativos.

Conclusões: apresentar as conclusões e suas aplicações clínicas, limitando generalizações ao escopo do assunto em revisão. Após o resumo, inclua de três a seis palavras-chave que serão

usadas para indexação. Utilize termos do Medical Subject Headings (MeSH), disponíveis em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>. Quando não estiverem disponíveis descritores adequados, é possível utilizar termos novos.

Abreviaturas

Devem ser evitadas, pois prejudicam a leitura confortável do texto. Quando usadas, devem ser definidas ao serem mencionadas pela primeira vez. Jamais devem aparecer no título e nos resumos.

Texto

O texto dos artigos originais deve conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo:

a) Introdução: sucinta, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e justificar o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos.

b) Métodos: descrever a população estudada, a amostra e os critérios de seleção; definir claramente as variáveis e detalhar a análise estatística; incluir referências padronizadas sobre os métodos estatísticos e informação de eventuais programas de computação. Procedimentos, produtos e equipamentos utilizados devem ser descritos com detalhes suficientes para permitir a reprodução do estudo. É obrigatória a inclusão de declaração de que todos os procedimentos tenham sido aprovados pelo comitê de ética em pesquisa da instituição a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por outro comitê de ética em pesquisa indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde.

c) Resultados: devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica. As informações contidas em tabelas ou figuras não devem ser repetidas no texto. Usar gráficos em vez de tabelas com um número muito grande de dados.

d) Discussão: deve interpretar os resultados e compará-los com os dados já descritos na literatura, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as implicações dos achados e suas limitações, bem como a necessidade de pesquisas adicionais. As conclusões devem ser apresentadas no final da discussão, levando em consideração os objetivos do trabalho. Relacionar as conclusões aos objetivos iniciais do estudo, evitando assertivas não apoiadas pelos achados e dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares. Incluir recomendações, quando pertinentes.

O texto de **artigos de revisão** não obedece a um esquema rígido de seções. Sugere-se uma introdução breve, em que os autores explicam qual a importância da revisão para a prática pediátrica, à luz da literatura médica. Não é necessário descrever os mé-

Instruções aos autores

dos de seleção e extração dos dados, passando logo para a sua síntese, que, entretanto, deve apresentar todas as informações pertinentes em detalhe. A seção de conclusões deve correlacionar as ideias principais da revisão com as possíveis aplicações clínicas, limitando generalizações aos domínios da revisão.

Agradecimentos

Devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. Integrantes da lista de agradecimento devem dar sua autorização por escrito para a divulgação de seus nomes, uma vez que os leitores podem supor seu endosso às conclusões do estudo.

Referências bibliográficas

As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver, também conhecido como o estilo Uniform Requirements, que é baseado em um dos estilos do American National Standards

Institute, adaptado pela U.S. National Library of Medicine (NLM) para suas bases de dados. Os autores devem consultar Citing Medicine, The NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>) para informações sobre os formatos recomendados para uma variedade de tipos de referências. Podem também consultar o site “sample references” (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html), que contém uma lista de exemplos extraídos ou baseados em Citing Medicine, para uso geral facilitado; essas amostras de referências são mantidas pela NLM.

As referências bibliográficas devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto, no qual devem ser identificadas pelos algarismos arábicos respectivos sobrescritos. Para listar as referências, não utilize o recurso de notas de fim ou notas de rodapé do Word.

Artigos aceitos para publicação, mas ainda não publicados, podem ser citados desde que indicando a revista e que estão “no prelo”. Observações não publicadas e comunicações pessoais não podem ser citadas como referências; se for imprescindível a inclusão de informações dessa natureza no artigo, elas devem ser seguidas pela observação “observação não publicada” ou “comunicação pessoal” entre parênteses no corpo do artigo.

Os títulos dos periódicos devem ser abreviados conforme recomenda o Index Medicus; uma lista com suas respectivas abreviaturas pode ser obtida através da publicação da NLM “List of Serials Indexed for Online Users”, disponível no endereço <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lisou.html>. Para informações mais detalhadas, consulte os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”. Este documento está disponível em <http://www.icmje.org/>.

Abaixo, apresentamos alguns exemplos do modelo adotado pelo Jornal de Pediatria:

Artigos em periódicos:

1. Até seis autores:

Araújo LA, Silva LR, Mendes FA. Digestive tract neural control and gastrointestinal disorders in cerebral palsy. J Pediatr (Rio J). 2012;88:455-64.

2. Mais de seis autores:

Ribeiro MA, Silva MT, Ribeiro JD, Moreira MM, Almeida CC, Almeida-Junior AA, et al. Volumetric capnography as a tool to detect early peripheral lung obstruction in cystic fibrosis patients. J Pediatr (Rio J). 2012;88:509-17.

3. Organização como autor:

Mercier CE, Dunn MS, Ferrelli KR, Howard DB, Soll RF; Vermont Oxford Network ELBW Infant Follow-Up Study Group. Neurodevelopmental outcome of extremely low birth weight infants from the Vermont Oxford network: 1998-2003. Neonatology. 2010;97:329-38.

4. Sem autor:

Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. Committee on Bioethics, American Academy of Pediatrics. Pediatrics. 1995;95:314-7.

5. Artigos com publicação eletrônica ainda sem publicação impressa:

Carvalho CG, Ribeiro MR, Bonilha MM, Fernandes Jr M, Procianny RS, Silveira RC. Use of off-label and unlicensed drugs in the neonatal intensive care unit and its association with severity scores. J Pediatr (Rio J). 2012 Oct 30. [Epub ahead of print]

Livros:

Blumer JL, Reed MD. Principles of neonatal pharmacology. In: Yaffe SJ, Aranda JV, eds. Neonatal and Pediatric Pharmacology. 3rd

ed. Baltimore: Lippincott, Williams and Wilkins; 2005. p. 146-58.

Trabalhos acadêmicos:

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant, MI: Central Michigan University; 2002.

CD-ROM:

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

Homepage/website:

R Development Core Team [Internet]. R: A language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2003 [cited 2011 Oct 21]. Available from: <http://www.R-project.org>

Documentos do Ministério da Saúde:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde: cuidados gerais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. v. 1. 192p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Apresentação de trabalho:

Bugni VM, Okamoto KY, Ozaki LS, Teles FM, Molina J, Bueno VC, et al. Development of a questionnaire for early detection of factors associated to the adherence to treatment of children and adolescents with chronic rheumatic diseases - "the Pediatric Rheumatology Adherence Questionnaire (PRAQ)". Paper presented at the ACR/ARHP Annual Meeting; November 5-9, 2011; Chicago, IL.

Tabelas

Cada tabela deve ser apresentada em folha separada, numerada na ordem de aparecimento no texto, e conter um título sucinto, porém explicativo. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé e não no título, identificadas com letras sobrescritas em ordem alfabética. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas e não usar espaços para separar colunas. Não usar espaço em qualquer lado do símbolo \pm .

Instruções aos autores

Figuras (fotografias, desenhos, gráficos, etc.)

Todas as figuras devem ser numeradas na ordem de aparecimento no texto. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive acerca das abreviaturas utilizadas. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, assim como devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos. Fotos não devem permitir a identificação do paciente; tarjas cobrindo os olhos podem não constituir proteção adequada. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatória a inclusão de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

As ilustrações são aceitas em cores para publicação no site. Contudo, todas as figuras serão vertidas para o preto e branco na versão impressa. Caso os autores julguem essencial que uma determinada imagem seja colorida mesmo na versão impressa, solicita-se um contato especial com os editores. Imagens geradas em computador, como gráficos, devem ser anexadas sob a forma de arquivos nos formatos .jpg, .gif ou .tif, com resolução mínima de 300 dpi, para possibilitar uma impressão nítida; na versão eletrônica, a resolução será ajustada para 72 dpi. Gráficos devem ser apresentados somente em duas dimensões,

em qualquer circunstância. Desenhos, fotografias ou quaisquer ilustrações que tenham sido digitalizadas por escaneamento podem não apresentar grau de resolução adequado para a versão impressa da revista; assim, é preferível que sejam enviadas em versão impressa original (qualidade profissional, a nanquim ou impressora com resolução gráfica superior a 300 dpi). Nesses casos, no verso de cada figura deve ser colada uma etiqueta com o seu número, o nome do primeiro autor e uma seta indicando o lado para cima.

Legendas das figuras

Devem ser apresentadas em página própria, devidamente identificadas com os respectivos números.

Lista de verificação

Como parte do processo de submissão, os autores são solicitados a indicar sua concordância com todos os itens abaixo; a submissão pode ser devolvida aos autores que não aderirem a estas diretrizes.

1. Todos os autores concordam plenamente com a Nota de Copyright.
2. O arquivo de submissão foi salvo como um documento do Microsoft Word.
3. A página de rosto contém todas as informações requeridas, conforme especificado nas diretrizes aos autores.
4. O resumo e as palavras-chave estão na língua de submissão (inglês ou português), seguindo a página de rosto.
5. O texto é todo apresentado em espaço duplo, utiliza fonte tamanho 12 e itálico em vez de sublinhado para indicar ênfase (exceto em endereços da internet). Todas as tabelas, figuras e legendas estão numeradas na ordem em que aparecem no texto e foram colocadas cada uma em página separada, seguindo as referências, no fim do arquivo.
6. O texto segue as exigências de estilo e bibliografia descritas nas normas de publicação.
7. As referências estão apresentadas no chamado estilo de Vancouver e numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto.
8. Informações acerca da aprovação do estudo por um conselho de ética em pesquisa são claramente apresentadas no texto, na seção de métodos.
9. Todos os endereços da internet apresentados no texto (p.ex., <http://www.sbp.com.br>) estão ativos e prontos para serem clicados.