

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DOM BOSCO
CURSO DE FISIOTERAPIA

Nyellen Raynanda Serra Pereira

**ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS QUANTO
À AVALIAÇÃO DA DOR EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL
DE SÃO LUÍS**

São Luís

2022

NYELLEN RAYNANDA SERRA PEREIRA

**ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS QUANTO
À AVALIAÇÃO DA DOR EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL
DE SÃO LUÍS**

Monografia apresentada ao Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof. Me. Nelmar de Oliveira Mendes.

São Luís

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Centro Universitário – UNDB / Biblioteca

Pereira, Nyellen Raynanda Serra

Análise do conhecimento de equipes multiprofissionais quanto à avaliação da dor em unidades de terapia intensiva neonatal de São Luís. / Nyellen Raynanda Serra Pereira. __ São Luís, 2022.

70 f.

Orientador: Prof. Me. Nelmar de Oliveira Mendes.

Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Curso de Fisioterapia – Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – UNDB, 2022.

1. Dor neonatal. 2. Avaliação da dor neonatal. 3. UTI neonatal. 4. Dor. I. Título.

CDU 615.8:16-053.3

NYELLEN RAYNANDA SERRA PEREIRA

**ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS QUANTO
À AVALIAÇÃO DA DOR EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL
DE SÃO LUÍS**

Monografia apresentada ao Curso de
Fisioterapia do Centro Universitário
Unidade de Ensino Superior Dom Bosco
como requisito para obtenção do grau de
Bacharel em Fisioterapia.

Aprovada em: 07/12/2022.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Ma. Nelmar de Oliveira Mendes (Orientador)

Mestra em ciências da saúde - UFMA

Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

Prof. Ma. Jacqueline Maria Maranhão Pinto Lima

Mestra em Ciência da Motricidade Humana - Universidade Castelo Branco UCB

Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

Prof. Ma. Adelizir Malheiros e Silva Carvalho Barbosa Haidar

Mestra em Saúde Materno Infantil pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

Dedico a realização desse sonho a minha mãe, que tanto me incentivou e motivou.

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo agradeço a Deus, pela dádiva da vida e por permitir que os meus objetivos fossem alcançados.

Agradeço também aos meus pais, por me mostrarem o caminho certo, e por todo apoio e incentivo aos estudos, que serviram de alicerce para as minhas realizações. Em especial a minha mãe, o meu maior exemplo pessoal e profissional, a pessoa que sempre enxergou em mim um potencial enorme, e que com certeza sempre apoiará minhas decisões, se hoje estou aqui, é tudo graças a ela.

Sou grata aos meus amigos, em especial, Jhonnatan; Mario; André; Ana Priscila e Franciso, que me oferecem o suporte necessário em tempos difíceis, palavras são pouco para agradecê-los por tanto.

Aos amigos que conquistei durante a graduação, Larissa; Anderson; Laryssa e Laiane, agora, enfim amigos de profissão, dedico a vocês os meus mais sinceros agradecimentos, obrigada por compartilharem comigo momentos inesquecíveis durante toda essa jornada, desejo-lhes muito sucesso.

Obrigada ao meu namorado, por todo companheirismo e incentivo, que além de encorajar todas as minhas escolhas compreende o processo necessário para alcança-las, você foi essencial nesse processo.

Meus agradecimentos a minha orientadora Nelmar Mendes, por todo ensinamento compartilhado. Agradeço ainda a minha coordenadora de estágio, Janice Bastos por toda ajuda e dedicação a mim prestada.

Por fim, agradeço aos demais amigos, familiares e a todo o corpo docente da UNDB, que também contribuíram para a realização desse sonho. Sou muito agradecida a todos que contribuíram de alguma forma no processo de elaboração deste trabalho, que possui um significado ímpar para meu crescimento profissional e pessoal.

*“Viver é lutar. A vida é combate
que aos fracos abate, que os fortes, os
bravos. Só pode exaltar”*

(Gonçalves Dias).

RESUMO

A avaliação da dor neonatal precisa ser uma prioridade na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, visto que a dor experimentada por um recém-nascido pode influenciar o neurodesenvolvimento e os componentes somatossensoriais e emocionais até a vida adulta. No entanto, a não verbalização dos neonatos torna esse processo complexo. Diante disso, esse estudo possui por objetivo principal analisar o conhecimento de equipes multiprofissionais quanto à avaliação da dor em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal em São Luís. Trata-se de uma pesquisa de natureza aplicada, com abordagem quali-quantitativa, realizada por meio de uma pesquisa de campo, aprovada pelo CEP, com número de parecer 5.621.858. A coleta de dados deu-se de forma online, pela disponibilização do questionário acerca das concepções sobre dor e avaliação da dor neonatal de Sousa *et al.* (2006) que possui 12 perguntas, 10 abertas e 2 fechadas. Constituíram essa pesquisa 25 profissionais, a maioria do sexo feminino, com tempo de experiência profissional >7 anos, porém mais da metade possui média de tempo na terapia intensiva neonatal entre 1 e 6 anos. Apenas 1 profissional discorda da capacidade do RN em sentir dor. Conclui-se que há um número considerável de profissionais que conhecem pelo menos 1 escala de avaliação de dor, porém existem equívocos ao reconhecimento das características indicativas de dor, visto que todos conseguem identificar uma face de dor por meio de imagem, porém alguns indicadores descritivos de dor não possuíam número relevante de citação, e fatores não indicativos de dor sim.

Palavras-chave: Dor. Dor neonatal. Avaliação da dor neonatal. Conhecimento sobre dor neonatal. UTI neonatal.

ABSTRACT

The assessment of neonatal pain needs to be a priority in the Neonatal Intensive Care Unit, since the pain experienced by a newborn can influence neurodevelopment and somatosensory and emotional components until adulthood. However, the non-verbalization of neonates makes this process complex. Therefore, this study has the main objective of analyzing the knowledge of multidisciplinary teams regarding pain assessment in Neonatal Intensive Care Units in São Luís. This is applied research, with a quali-quantitative approach, carried out through field research, approved by the CEP, with opinion number 5.621.858. Data collection took place online, through the availability of the questionnaire involving conceptions about pain and assessment of neonatal pain by Sousa et al. (2006) which has 12 questions, 10 open and 2 closed. This research consisted of 25 professionals, mostly female, with professional experience >7 years, but more than half had an average time in neonatal intensive care between 1 and 6 years. Only one disagree with the ability of the NB to feel pain. It is concluded that there is a considerable number of professionals who know at least 1 pain assessment scale, but there are mistakes in the recognition of pain indicative characteristics, since all are able to identify a face of pain through image, but some descriptive indicators of pain did not have a relevant citation number, and factors not indicative of pain did.

Keywords: Pain. Neonatal pain. Assessment of neonatal pain. Knowledge about neonatal pain. Neonatal ICU.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Transmissão do sinal nociceptivo ao Sistema Nervoso Central | 19 |
| Figura 2 – Face de dor do Recém-nascido | 34 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 – Prevalência do sexo dos participantes..... | 29 |
| Gráfico 2 – Profissão dos participantes..... | 30 |
| Gráfico 3 – Tempo de experiência profissional X tempo de trabalho na terapia intensiva neonatal | 31 |
| Gráfico 4 – Conhecimento de instrumentos de avaliação da dor neonatal | |
| Gráfico 5 –Instrumentos de avaliação de dor neonatal | 33 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (SCAFN)..... | 24 |
| Tabela 2 – Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)..... | 25 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| RN | Recém-nascido |
| RNPT | Recém-nascido Pré-Termo |
| UTIN | Unidade de Terapia Intensiva Neonatal |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IASP | <i>International Association for the Study of Pain</i> |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| SCAFN | Sistema de Codificação da Atividade Facial |
| UNDB | Unidade de Ensino Superior Dom Bosco |
| SNC | Sistema Nervoso Central |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |
| EVA | Escala Visual Analógica |
| NIPS | <i>Neonatal Infant Pain Scale</i> |
| PIPP | Perfil de Dor do Prematuro |
| FC | Frequência Cardíaca |
| FR | Frequência Respiratória |
| PIC | Pressão Intracraniana |
| SatO2 | Saturação de Oxigênio |
| AINEs | Anti-inflamatórios Não-esteroidais |
| CRIES | <i>Neonatal Postoperative Pain Evaluation Score</i> |
| CONANDA | Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente |
| FLACC | <i>Face, Legs, Activity, Cry, Consolability</i> |
| NPASS | <i>Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale</i> |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 2 METODOLOGIA | 16 |
| 2.1 Tipo de pesquisa | 16 |
| 2.2 Local do Estudo..... | 16 |
| 2.3 Universo e amostragem | 17 |
| 2.4 Coleta de dados | 17 |
| 2.4 Organização e análise dos dados | 17 |
| 2.5 Aspectos éticos | 18 |
| 3 REFERENCIAL TEÓRICO | 19 |
| 3.1 Classificação e fisiologia da dor e aspectos específicos da dor neonatal | 19 |
| 3.2 Unidade de Terapia Intensiva Neonatal | 21 |
| 3.3 Equipe multiprofissional de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal | 22 |
| 3.4 Avaliação da dor..... | 22 |
| 3.5 Avaliação da dor neonatal | 23 |
| 3.6 Consequências da exposição à dor no período neonatal..... | 26 |
| 3.5 Manejo da dor neonatal..... | 28 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES | 29 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 35 |
| REFERÊNCIAS | 36 |
| APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) | 41 |
| APÊNDICE B – Artigo | 42 |
| ANEXO A – Questionário sobre concepções sobre dor e avaliação da dor neonatal | 66 |
| ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UNDB | 67 |

1 INTRODUÇÃO

Recém-Nascido (RN) ou neonato é um termo utilizado para bebês de até 28 dias. Estes são classificados quanto a idade gestacional e peso. Desta forma, Recém-nascido Pré-Termo (RNPT) ou prematuro, é a classificação dada a bebês <37 semanas, o RN a termo, encontra-se entre 37 e 41 semanas, e os RN's de baixo peso possuem peso < 2.500 gramas. Utiliza-se também os termos, lactente e bebê para a faixa etária de 01 a 12 meses (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011).

Atualmente no Brasil, essa população possui um maior índice de sobrevivência, evidenciada nas estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Nos anos de 2012 a 2022 houve um aumento de 4,5% na taxa de expectativa de vida ao nascer – que consiste no número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido – (BRASIL, 2008).

Associado a isso, o aumento da taxa de expectativa de vida ao nascer está diretamente relacionado aos avanços tecnológicos cada vez mais significativos. Portanto, devido ao aumento no tempo de permanência em uma UTIN, a especialização profissional e o contínuo aperfeiçoamento de toda equipe são necessários para manter a assistência em consonância com o contínuo desenvolvimento do ambiente (ARAKAKI *et al.*, 2017).

As UTIN, são ambientes terapêuticos de alta complexidade, que dispõem de um vasto e sofisticado aparato tecnológico, capaz de proporcionar um prolongamento à vida dos RN's, apesar de expô-los a uma gama de procedimentos invasivos e dolorosos, porém necessários — que são realizados diariamente por profissionais da saúde que compõem a equipe multiprofissional do local — (COSTA *et al.* 2021).

Para um melhor entendimento, a *International Association for the Study of Pain* (IASP) conceitua a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada a lesão tecidual real ou potencial. Por isso, apresenta-se de maneira diferente em cada indivíduo, e manifestada por meio de respostas próprias de cada organismo (CAMPOS, 2018).

Devido a não verbalização, a principal forma do neonato expressar dor é por meio de atitudes comportamentais. Portanto, é compreensível que a avaliação dessa dor seja baseada em alterações de parâmetros fisiológicos e comportamentais observadas antes, durante e após estímulos dolorosos. Tornando complexo esse processo (SOUSA *et al.*, 2006).

A avaliação da dor, é a ferramenta fundamental para o profissional conseguir mensurá-la, e com isso atuar corretamente durante o seu manejo, corroborando assim para uma recuperação menos traumática do paciente. Logo, o conhecimento prévio e a escolha de métodos adequados para identificá-la e avaliá-la são elementos fundamentais o manejo adequado (CAMPOS, 2018).

Portanto, esse estudo possui como objetivos, analisar o conhecimento de equipes multiprofissionais quanto à avaliação da dor em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de São Luís; descrever clinicamente a dor neonatal, e as suas possíveis consequências, assim como, os principais métodos e ferramentas indicados para a sua avaliação.

A realização desta pesquisa foi motivada pelo interesse do pesquisador sobre avaliação da dor neonatal, visto que é um assunto pouco abordado durante o período de graduação e possui escassez de estudos atualizados e revisões sistemáticas comparado as diversas outras temáticas relacionadas a profissão. Diante disso, há um questionamento persistente quanto o conhecimento de equipes multiprofissionais quanto à avaliação da dor em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de São Luís.

Considera-se como hipótese que, apesar dos profissionais de saúde presentes em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal possuem conhecimento da capacidade do neonato em sentir dor e conseguem identificar corretamente a face de dor neonatal, a avaliação adequada é limitada devido à escassez de conhecimento de escalas validadas para a sua avaliação e mensuração.

Este trabalho está dividido em 5 sessões principais. A primeira sessão aborda os principais conceitos e dados, além de objetivos, motivação e hipóteses da pesquisa, a fim de inserir o leitor no contexto que será discorrido. A segunda sessão refere-se a metodologia utilizada, como, tipo de pesquisa, local de estudo, universo e amostragem, coleta, organização e análise de dados, que precedem os aspectos éticos que regem este trabalho. A sessão de número 3 corresponde ao referencial teórico, que traz de forma detalhada todos os conceitos relacionados ao tema, e as últimas duas sessões dividem-se em resultados e discussões e considerações finais.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de pesquisa

O presente estudo, trata-se de uma pesquisa de natureza aplicada, devido aos seus procedimentos técnicos baseados nas vertentes bibliográfica e pesquisa de campo, ainda devido ao objetivo de gerar conhecimento com os seus resultados.

Possui ainda, objetivos de ordem exploratória e descritiva, fundamenta-se na abordagem quali-quantitativa, visto que a discussão, a análise de dados e a exposição dos resultados foram executadas por meio de uma análise descritiva, associada ao uso de software, gráficos, tabelas, além do próprio instrumento de coleta possuir questões discursivas e objetivas.

O referencial teórico aqui presente, compreende uma revisão integrativa de literatura, realizada através das bases de dados PubMed, SciELO e Google acadêmico, por meio dos descritores Dor; Dor neonatal; Avaliação da dor neonatal; Conhecimento sobre dor neonatal; UTI neonatal, sendo critérios de inclusão artigos escritos na língua portuguesa e inglesa, publicados no período de 2006 a 2020, e como critérios exclusão, artigos que fogem da temática abordada. Desta forma, o total de 27 artigos contemplam esse estudo. Já a aplicação prática da pesquisa de campo consistirá na aplicação do questionário acerca de concepções sobre dor e avaliação da dor neonatal de Sousa *et al.* (2006).

2.2 Local do Estudo

A coleta de dados foi realizada de forma online, pela disponibilização do questionário escolhido pelo autor, acerca das concepções sobre dor e avaliação da dor neonatal de Sousa *et al.* (2006) (anexo A), o mesmo foi enviado junto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice A) via *Google Forms*, objetivando abranger como participantes, profissionais que trabalhem compondo a equipe multiprofissional de hospitais e maternidades que possuem Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em São Luís.

2.3 Universo e amostragem

A amostragem utilizada caracteriza-se em não probabilística, realizada por meio da técnica bola de neve de tipo exponencial, devido à dificuldade de acesso ao ambiente de terapia intensiva neonatal, por se tratar de um ambiente de acesso restrito, principalmente após o início da pandemia de COVID-19.

De acordo com Dewes (2013) a amostragem por bola de neve possui aplicabilidade interessante em populações de difícil acesso, apesar de haver a necessidade de ligação entre a população a ser pesquisada. Os primeiros indivíduos serão “sementes” da amostra pois indicaram a pesquisa aos demais participantes.

2.4 Coleta de dados

Portanto, a coleta de dados consistiu na aplicação do questionário acerca das concepções sobre dor e avaliação da dor neonatal proposto por Sousa *et al.* (2006). O instrumento possui o total de 12 perguntas, sendo destas, 10 fechadas e 2 abertas, e baseia-se na escala de avaliação de dor neonatal Sistema de Codificação da Atividade Facial (SCAFN) em uma de suas perguntas, com a finalidade de avaliar a identificação do momento real de dor expressa pelo RN.

O questionário foi transcrito na plataforma *Google Forms*, e disponibilizado via link diretamente a profissionais que se inserem como público alvo — equipe multiprofissional de UTIN de São Luís — e de acordo com a amostragem proposta, após às abordagens aos primeiros participantes, foi solicitado a esses, indicações e informações acerca de outros membros da população de interesse para a pesquisa, para então aborda-los. Apenas após a confirmação de participação por meio do TCLE, o participante conseguia ter acesso ao questionário, ao fim do processo, todos os participantes receberam uma cópia do TCLE assinada pela pesquisadora.

2.4 Organização e análise dos dados

A coleta foi realizada por conveniência, de acordo com a amostragem proposta. Já a análise dos dados, foi realizada por meio de recursos manuais e computacionais, entre eles, *Google Forms*, *software Microsoft Excel* e a plataforma de análise estatística *Prism Graphpad 2019*. A discussão dos resultados fundamentou-

se na exposição dos resultados por tabelas, gráficos, e imagens, aliado a comparação dos resultados obtidos com a literatura existente sobre o assunto.

2.5 Aspectos éticos

A resolução N° 466/2012 referência a análise de risco como componente imprescindível à análise ética da pesquisa. Prevê ainda que devem ser analisadas possibilidades de danos imediatos ou posteriores, tanto no plano individual quanto no coletivo (BRASIL, 2012).

Visto que que toda pesquisa que envolve com seres humanos possui riscos em tipos e gradações variados, a aplicação do instrumento de pesquisa desse estudo, estará sujeita a riscos de origem psicológica, bem como a possibilidade de constrangimento por parte do participante ao responder o questionário, gerando consequências como desconforto, medo, vergonha, estresse, cansaço ao responder às perguntas. Além de possíveis quebra de sigilo, e/ou extravasamento de informações.

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo comitê de ética e pesquisa do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB), iniciou-se a coleta de dados, os participantes do estudo receberam explicação quanto ao propósito, os objetivos e os procedimentos da pesquisa e foi solicitado a confirmação do TCLE, só assim havendo possibilidade de resposta ao questionário, ao concluir as 12 perguntas, foi encaminhado uma cópia do TCLE assinada pelo pesquisador, ao participante. O pesquisador compromete-se ainda a garantir todos os direitos dos participantes, como o de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, bem como a privacidade de todos os participantes envolvidos. Desta forma o estudo será embasado nas resoluções de n° n° 510, de 07 de abril de 2016, e a resolução N° 466/2012.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

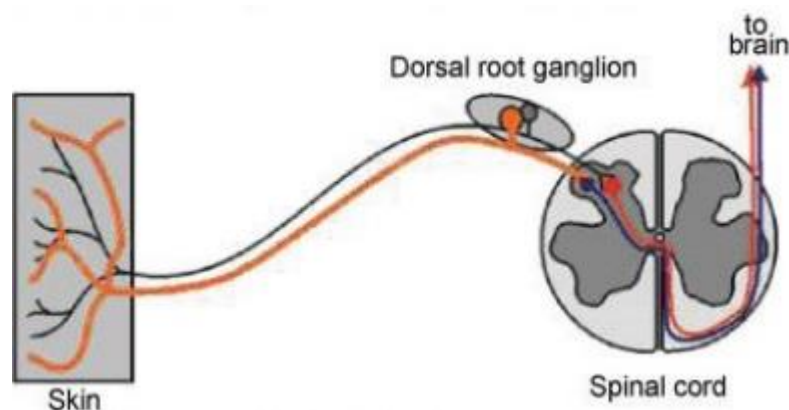
3.1 Classificação e fisiologia da dor e aspectos específicos da dor neonatal

A IASP conceitua a dor como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial. Possui etiologia multicausal e apresenta dois tipos de classificações. A primeira quanto a duração, sendo elas aguda e crônica, e a segunda, quanto ao tipo, dividindo-se em nociceptiva e não nociceptiva (JANEIRO, 2017).

O componente fisiológico da dor é chamado nocicepção, e é uma consequência dos processos de transdução, transmissão e modulação de sinais neurais gerados em resposta a um estímulo doloroso externo. Podemos considerá-los em uma cadeia de três neurônios, com o neurônio de primeira ordem originado na periferia e projetando-se para a medula espinhal, o neurônio de segunda ordem ascende pela medula espinhal e o neurônio de terceira ordem projeta-se ao córtex cerebral (KLAUMANN; FWOUK; SILLAS, 2008).

A transmissão do sinal nociceptivo para o Sistema Nervoso Central (SNC) acontece quando os sinais dolorosos penetram pelas raízes dorsais da medula espinhal, onde essas fibras de dor fazem sinapse com neurônios do corno dorsal da medula espinhal. Daí, a informação segue até o encéfalo pela via neoespinotalâmica ou pela via paleoespinotalâmica, essas terminam no córtex sensorial e límbico, respectivamente, após sinapses no tálamo (MARTELLI; ZAVARIZE, 2013).

Figura 1 – Transmissão do sinal nociceptivo ao Sistema Nervoso Central.



Fonte: *Department of Molecular Physiology, University of Heidelberg* (2011)

Por isso, a dor possui importante função de defesa ao organismo, atuando como um sinal de alerta. Porém, por possuir caráter de percepção subjetivo, torna-se complexa a sua investigação (MARTELLI; ZAVARIZE, 2013).

Conforme a IASP, a incapacidade de verbalização não nega a possibilidade de que um indivíduo esteja sentindo dor e que necessite de tratamento apropriado para seu alívio. Logo, essa característica, presente nos recém nascidos, não pode ser interpretada como ausência de dor (BALDA; GUINSBURB, 2018).

Ao final da década de 70, acreditava-se que os recém-nascidos não sentiam dor, devido à imaturidade do sistema nervoso central, caracterizado pela insuficiência de mielinização — substância responsável pela condução dos impulsos nervosos no cérebro — e a falta de memória de dor. Contudo, pesquisas atuais comprovam a inautenticidade dessa afirmação, evidenciando que os receptores dolorosos sofrem mielinização completa entre a 2ª e a 3ª semana de gestação e as vias nociceptivas originadas no cérebro estão completamente mielinizadas a partir da 30ª semana (CAMPOS, 2018).

Para Sousa *et al.* (2006) a confirmação que o RN seria capaz de sentir dor, comprovou-se após estudos que permitiram observar que a mielinização não era uma característica imprescindível para a transmissão dos impulsos pelo trato sensorial. Hoje, sabe-se que os elementos presentes no sistema nervoso central, necessários para a transmissão do estímulo doloroso ao córtex cerebral estão presentes inclusive em recém-nascidos prematuros, apesar da maturação desse sistema continuar após o nascimento.

O estímulo e a percepção da dor ocorrem antes mesmo do nascimento. As terminações nervosas surgem na região perioral na 7ª semana de gestação, seguem para a face, mãos e região plantar na 11ª semana, para o tronco e extremidades proximais na 15ª semana e, entre a 20ª e a 24ª, as sinapses nervosas estão aptas para a percepção da dor. (CRUZ; STUMM, 2015; TAMEZ; SILVA, 2010).

3.2 Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

As Unidades de Terapia Intensiva são ambientes destinados ao atendimento de pacientes graves, com potencial risco, que necessitam de cuidados específicos e monitorização constante. É geralmente associado ao sofrimento e a morte por parte dos próprios pacientes e familiares (PROENÇA; AGNOLO, 2011).

A UTI é um contexto assistencial de alta complexidade, devido a tecnologias, ao custo financeiro e à equipe multiprofissional especializada, destinado a pacientes graves que necessitam desses cuidados (REIS; GABARRA; MORE, 2016).

Moura *et al.* (2020) apresenta dados relevantes relacionados à internação de recém-nascidos do Sistema Único de Saúde, no município de São Paulo. Da população estudada, 16,5% dos Recém-nascidos precisaram de internação, sendo destes 4,7% em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Possuindo como principais fatores de risco para hospitalização e mortalidade neonatal respectivamente, pré-natal inadequado, prematuridade e baixo peso.

Para Arakaki *et al.* (2017) com o passar dos anos, as UTIN's foram modificando sua assistência e passaram a receber diversas necessidades além da prematuridade. Atualmente, observa-se maior sobrevivência dos neonatos graças a avanços técnico-científicos cada vez mais expressivos. Por conta disso, houve um aumento no período de tempo de internação. Surgindo então a importância da excelência no cuidado prestado.

Dentre os motivos de internação em uma UTIN, destacam-se a prematuridade, patologias específicas, anomalias congênitas, e eventos adversos durante o período intrauterino e no parto. Nessa internação, os bebês passam suas primeiras semanas de vida expostos a múltiplos procedimentos invasivos e dolorosos. Lactentes hospitalizados nascidos com 25 a 42 semanas de gestação tiveram uma média de 14 procedimentos dolorosos por dia durante as primeiras 2 semanas de vida (MAXWELL; FRAGA; MALAVOLTA, 2019).

Estima-se que, ao longo do período de internação na UTIN, os neonatos prematuros são submetidos a uma média de 100 procedimentos estressores (COSTA *et al.*, 2021).

3.3 Equipe multiprofissional de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal

Toda equipe multiprofissional de uma UTIN possui competências específicas ao que tange os cuidados dos RN, em consenso pelo manejo da dor que cabe a todos os profissionais de saúde, como previsto pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) que elenca como direitos da criança e do adolescente hospitalizados o "Direito a não sentir dor, quando exista meios para evita-la" (MOURA; SOUSA, 2021).

A inserção do fisioterapeuta nesse contexto, está embasada na Portaria nº 3.432 do Ministério da Saúde, em vigor desde 12 de agosto de 1998. Que determina que as UTI's de hospitais devem contar com a assistência fisioterapêutica em período integral. Em concordância, a Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, determinando que haja pelo menos um fisioterapeuta para cada 10 leitos ou fração nos três turnos (ARAKAKI et al., 2017).

Oliveira (2011) afirma que, grande parte dos profissionais de saúde presentes em UTIN não possuem conhecimento adequado quanto a avaliação e mensuração da dor neonatal, influenciando assim um possível negligenciamento quanto ao seu manejo.

O manejo preventivo, diagnóstico e terapêutico da dor no recém-nascido requer que a equipe da assistência neonatal domine esses conceitos e utilize ferramentas válidas e confiáveis de avaliação e mensuração da dor, com o intuito de otimizar o seu manejo em um público tão vulnerável. Desta forma, reconhecer, avaliar e tratar a dor de forma adequada são fatores fundamentais a esses profissionais (BALDA; GUINSBURG, 2018).

Logo, a especialização profissional e o contínuo aperfeiçoamento de toda equipe são necessários para manter a assistência em consonância com o constante desenvolvimento tecnológico e científico do ambiente (ARAKAKI *et al.*, 2017).

3.4 Avaliação da dor

A avaliação é o primeiro e mais importante passo para caracterizar a dor. Que atualmente é reconhecida como o quinto sinal vital, e como tal, deve ser avaliado tão automaticamente quanto os outros, para isso, é fundamental compreendê-la, para proporcionar conforto e bem estar ao paciente (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Corroborando com isso, o Ministério da Saúde lançou, no ano de 2000, a norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru, por meio da Portaria nº 693, que visa, por meio desta o estabelecimento de uma melhoria contínua, tanto na abordagem técnica quanto nas práticas que impliquem em mudanças ambientais e comportamentais, objetivando à melhoria na atenção aos prematuros (BRASIL, 2018).

Dentre as escalas de avaliação da intensidade da dor, destacam-se as escalas unidimensionais, como a avaliação numérica de 0 a 10, a escala verbal que se utiliza de termos como “nenhuma dor”, “dor leve”, “dor moderada” e “dor intensa”, ou Escala Visual Analógica (EVA) que é preenchida de acordo com a percepção do paciente, com escores tais como “nenhuma dor” à esquerda e “dor intensa” à direita. Diversas escalas utilizam desenhos de faces, para os pacientes impossibilitados de usar os instrumentos descritos (MORETE; MINSON, 2010).

3.5 Avaliação da dor neonatal

Segundo Perry *et al.* (2018) a avaliação da dor em neonatos é complexa devido ao desenvolvimento físico, cognitivo e comportamental. O uso de escalas de avaliação da dor, não a quantificam, mas fornecem uma descrição precisa do efeito de intervenções de manejo farmacológico e não farmacológico na dor do neonato.

O reconhecimento e a avaliação da dor neonatal precisam ser uma prioridade para as equipes de UTIN, pois a assistência adequada e ética neonatal integral é um direito básico previsto por lei. Os seus benefícios consistem em reduzir a prática e assim as consequências de procedimentos desnecessários. Vale ressaltar, que as medidas de manejo da dor são atípicas no ambiente hospitalar, gerando então a necessidade de implementar métodos que possam auxiliar o seu controle (COSTA *et al.*, 2021).

De acordo com Sousa *et al.* (2006) o RN utiliza como principal forma de expressar a dor algumas atitudes comportamentais devido a impossibilidade de verbalização. Por isso a avaliação da dor nesses indivíduos se torna uma tarefa difícil, pois os indicadores observáveis da dor podem ser mínimos ou ausentes. Por esse motivo, foram desenvolvidas escalas multidimensionais, que analisam respostas comportamentais associadas a algumas respostas fisiológicas à dor.

Existem 29 escalas validadas para a avaliação de dor neonatal. Destas, 13 são escalas unidimensionais e 16 multidimensionais. As unidimensionais utilizam um único indicador de avaliação de dor: fisiológicos ou comportamentais. Enquanto as multidimensionais fornecem uma avaliação mais ampla da dor, contemplando tanto os aspectos fisiológicos como os comportamentais (SILVA *et al.*, 2007).

Dentre essas escalas, as mais utilizadas são o Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (SCAFN), a Escala de Avaliação de Dor (NIPS) e o Perfil de Dor do Prematuro (PIPP-R) (SOUSA *et al.*, 2006).

Os principais comportamentos indicadores de dor no RN são choro, expressão facial e agitação. As reações fisiológicas mais comuns, são, variações de frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), pressão intracraniana (PIC), diminuição da saturação de oxigênio (SatO₂), diminuição das trocas gasosas, aumento da sudorese palmar, apneia, cianose, tremores e sudorese. E as principais respostas comportamentais, são a resposta motora, a mímica facial, e o padrão de sono e vigília (SOUSA *et al.*, 2006; ALVES *et al.*, 2011).

A escala unidimensional SCAFN, é indicada a bebês de 25 a 40 semanas, avalia a dor quanto a 8 movimentos faciais, descritos na tabela abaixo. Possui pontuação máxima de 8 pontos, considera-se então a presença de dor em scores ≥ 3 . (SILVA *et al.*, 2007).

Tabela 1 – Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (SCAFN)

| Movimentos faciais | Pontos (0) | Pontos (1) |
|---|-------------------|-------------------|
| Fronte saliente | Ausente | Presente |
| Fenda palpebral estreitada | Ausente | Presente |
| Sulco naso-labial aprofundado | Ausente | Presente |
| Boca aberta | Ausente | Presente |
| Boca estirada (horizontal ou vertical) | Ausente | Presente |
| Língua tensa | Ausente | Presente |
| Protrusão de língua | Ausente | Presente |
| Tremor de queixo | Ausente | Presente |

Fonte: Silva *et al.* (2007).

Para um melhor entendimento, há a descrição específicas da escala: frente saliente = abaulamento e sulcos acima e entre as sobrancelhas; olhos espremidos = compressão total ou parcial da fenda palpebral; sulco naso-labial aprofundado= aprofundamento do sulco que se inicia em volta das narinas e se dirige à boca; lábios entreabertos = qualquer abertura dos lábios; boca esticada= vertical (com

abaixamento da mandíbula) ou horizontal (com estiramento das comissuras labiais); lábios franzidos = parecem estar emitindo um “úúúú”; língua tensa= em protrusão, esticada e com as bordas tensas. (BALDA; GUINSBURG, 2018).

A escala de avaliação de dor NIPS — 28 a 30 semanas — é uma escala multidimensional, que avalia cinco parâmetros comportamentais e um indicador fisiológico, antes, durante e após procedimentos invasivos agudos, tanto em recém nascidos a termo, como em pré-termos. A pontuação pode variar de 0 a 7, sendo necessária a soma de mais de 3 pontos para ser definir a presença de dor (BALDA; GUINSBURG, 2018).

Tabela 2 – Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)

| Indicadores | Pontos (0) | Pontos (1) | Pontos (2) |
|-------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|
| Expressão facial | Relaxada | Contraída | - |
| Choro | Ausente | Resmungo | Vigoroso |
| Respiração | Regular | Diferente da basal | - |
| Braços | Relaxados | Fletidos ou estendidos | - |
| Pernas | Relaxadas | Fletidas ou estendidas | - |
| Estado de alerta | Dormindo ou calmo | Irritado | - |

Fonte: Balda e Guinsburg (2018).

Já a escala PIPP-R, trata-se de um instrumento multidimensional que avalia dor aguda, por meio da análise de 7 indicadores de dor. Entre eles, movimentos faciais —protuberância da sobrancelha, olhos apertados e sulco nasolabial —, indicadores fisiológicos —frequência cardíaca e saturação de oxigênio — e aspectos do contexto — idade gestacional e estado de sono e vigília —, para utiliza-la deve-se seguir os seguintes passos (LINHARES; DOCA, 2010).

[...] Passo 1: Observar o recém-nascido por 15 segundos, em repouso e avaliar os sinais vitais (FC mais alta, SatO2 mais baixa e estado de alerta); - Passo 2: Observar o RN por 30 segundos após o procedimento e avaliar a mudança dos indicadores (FC mais alta, SatO2 mais baixa e duração das ações faciais). Se o RN precisar de aumento da oferta de O2 em qualquer momento, antes ou durante o procedimento, ele recebe +3 pontos no indicador SatO2; - Passo 3: Pontuar Idade Gestacional e Estado de Alerta se o *Subtotal for >0; - Passo 4: Calcular o escore **Total adicionando o Subtotal + Idade Gestacional + Estado de Alerta. (BALDA; GUINSBURG, 2018, p. 9).

O instrumento descrito avalia a idade gestacional, estado de alerta, frequência cardíaca, saturação de oxigênio e expressão facial, tornando-se então a

única escala multidimensional disponível que inclui a idade gestacional para avaliar a dor do RN termo e RNPT (SILVA *et al.*, 2007).

Além dos instrumentos citados, existem também outras escalas muito indicadas, de acordo com algumas especificidades, como, a COMFORT e a *Neonatal Postoperative Pain Evaluation Score* (CRIES). A COMFORT é utilizada em RN submetidos à ventilação mecânica, para avaliar o grau de sedação. Consideram-se oito itens de desconforto fisiológico ou ambiental, ao qual, escores menores que 17 indicam sedação excessiva, valores entre 17 e 26 sugerem sedação adequada e valores maiores que 26, sedação insuficiente (FREITAS; PEREIRA; OLIVEIRA, 2012).

Ainda para Freitas, Pereira e Oliveira (2012) a escala CRIES, tem o objetivo de avaliar a dor em RN no pós-operatório, avaliando 5 parâmetros fisiológicos e comportamentais, obtendo uma pontuação máxima de dez pontos. Os parâmetros avaliados são choro, necessidade de oxigênio para manter a Sat maior que 90%, aumento da FC e PA, expressão facial e ausência de sono. O escore varia de 0 a 10, sendo score ≥ 5 indicativos de dor.

3.6 Consequências da exposição à dor no período neonatal

Quando se fala sobre a importância da avaliação da dor neonatal, é fundamental o conhecimento acerca das suas consequências, para desta forma saber os seus riscos. Dentro do ambiente de UTIN, são inúmeras as quantidades de procedimentos invasivos e dolorosos utilizados a fim de reduzir a morbimortalidade, que apesar de aumentarem as chances de sobrevivência são estressores e predisõem a dor, podendo desencadear repercussões negativas no desenvolvimento do RN a curto e longo prazo (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Segundo Walker (2019) a dor experimentada por um RN pode influenciar o neurodesenvolvimento e os componentes somatossensoriais e emocionais da resposta à dor na vida adulta. Em seu estudo, as alterações em fatores biológicos e fatores psicossociais que influenciam a dor foram identificadas em crianças e adultos nascidos prematuros ou extremamente prematuros. Concluindo que, a prematuridade e a exposição cumulativa à dor influenciam o grau de sequelas.

Dentre as alterações no desenvolvimento associado com a dor neonatal, estão a hiperalgesia, alterações na aprendizagem e cognição, déficit de atenção e

desordens de ansiedade, modificação na memória e na função motora (MOURA; SOUZA, 2021).

A exposição exacerbada a dor implica em efeitos prejudiciais ao organismo do neonato, gerando, conseqüentemente, um estresse crônico, fazendo com que ele utilize suas reservas energéticas que seriam direcionadas para o seu crescimento, estabilização e desenvolvimento (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

No sistema imaturo do pré-termo, a dor pode ocasionar alterações na sensibilidade à dor, além de alterar o desenvolvimento da cerebral. Isso ocorre devido a exposição dolorosa durante o período de maior desenvolvimento cerebral, incluindo o estabelecimento e a diferenciação neuronal, a estratificação dos neurônios corticais, a elaboração dos dendritos e axônios, a formação das sinapses, a “poda” seletiva dos processos neuronais, e a proliferação e a diferenciação das células gliais. (MOURA; SOUZA, 2021).

Para Oliveira (2011) a dor contribui para a instabilidade hemodinâmica neonatal, aumentando assim as chances de morbimortalidade nessa faixa etária, com potenciais efeitos a curto, médio e longo prazo. Essa exposição por um período de tempo prolongado é prejudicial ao desenvolvimento do sistema nervoso e pode ameaçar a estabilidade fisiológica, de forma permanente ou não, devido ao desenvolvimento de plasticidade no cérebro imaturo.

A plasticidade neural é caracterizada pela capacidade de organização do sistema nervoso central diante a um aprendizado ou uma lesão. Se dando principalmente pela alteração sináptica, tendo em vista à readequação do crescimento do organismo às novas capacidades intelectuais e comportamentais. Considera-se então, que os neurônios em desenvolvimento apresentam uma maior capacidade de adaptabilidade do que as células já maduras (BONI, 2016).

Para Walker (2019) os prematuros extremos — menos de 28 semanas — são um grupo de alto risco as conseqüências da exposição a dor, devido a imaturidade de alguns sistemas, e a maior necessidade de procedimentos possivelmente dolorosos. Os efeitos específicos da dor são difíceis de dissociar dos efeitos patológicos. Assim procedimentos cirúrgicos e o uso de analgésicos e sedativos, também podem interferir, tanto de uma forma positiva quanto negativa na vida do RN.

O autor afirma ainda que a maior exposição a procedimentos dolorosos está associada a piores resultados de neurodesenvolvimento, e de aspectos cognitivo, motor e comportamental. Prematuros que necessitaram de cirurgias possuem

aumento na taxa de deficiências neurossensoriais na primeira infância e escores cognitivos baixos até o final da adolescência (WALKER, 2019).

A ausência de analgesia ou sedação adequadas geram uma liberação de hormônios, mobilizando os substratos e o catabolismo. Elevando os níveis de adrenalina, corticoides, aldosterona e glucagon, após estímulos dolorosos. Essas alterações metabólicas geram um aumento de consumo de fontes proteicas e energéticas, propiciando um estado de hipermetabolismo com hiperglicemia e acidose láctica, impactando na perda do peso, que contribui para o aumento do tempo de hospitalização (MOURA; SOUSA, 2021).

3.5 Manejo da dor neonatal

Diante aos riscos expostos, o manejo da dor torna-se imprescindível. A avaliação da dor neonatal é a etapa fundamental para elencar técnica de manejo ideal. Por isso, o controle da dor deve ser priorizado durante todo o período de internação do RN. Deve-se iniciar com a identificação da presença de dor, por meio da avaliação. Embora seja uma tarefa difícil eliminá-la completamente, muito pode ser feito para reduzir sua quantidade e intensidade. Para isso, podem ser utilizadas medidas de manejo farmacológicas e não farmacológicas (MOTTA; CUNHA, 2015).

Quanto às dores intensas e prolongadas geradas por grandes intervenções, as estratégias farmacológicas são mais indicadas, podendo ser realizadas com o uso de medicamentos, opioides, Anti-inflamatórios Não Esteroidais (AINES) e anestésicos. Enquanto que, para as dores agudas provocadas por procedimentos menores, devem ser consideradas as estratégias não farmacológicas (ALVES *et al.*, 2011).

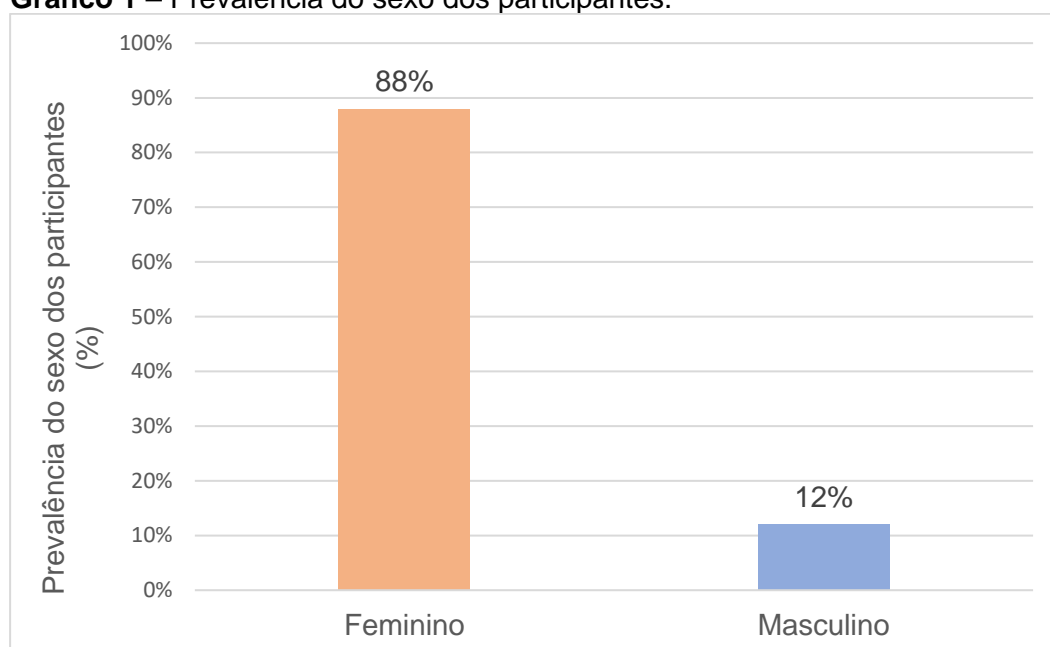
O tratamento não farmacológico, possui o objetivo de prevenir alterações fisiológicas e comportamentais, provocando um maior conforto e diminuindo o estresse. Dentre as vantagens, destacam-se: baixo custo, facilidade de administração e boa tolerância. As principais técnicas, são: amamentação, uso de solução adocicada oral (glicose ou sacarose) de 0,2 a 2ml, sucção não nutritiva, contato pele-a-pele, estimulação multissensorial, ninho e enrolamento (COSTA *et al.*, 2021).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com a metodologia proposta e os critérios de inclusão determinados, integraram essa pesquisa 25 participantes, profissionais da saúde que compõem equipes multiprofissionais de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de São Luís.

Com base nessa amostra, observou-se predominância do sexo feminino, com 22 participantes. Aliado a isso, dentre o número total de profissionais, a média de idade encontra-se em $35,04 \pm 7,5$, sendo a idade mínima 23 e a máxima 43.

Gráfico 1 – Prevalência do sexo dos participantes.



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

A prevalência do sexo feminino pode ser justificada com base no Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) que afirma que as mulheres representam 65% dos mais de 6 milhões de profissionais dos setores público e privado de saúde, tanto nas atividades diretas de assistência hospitalar, quanto na atenção básica de saúde (BRASIL, 2020).

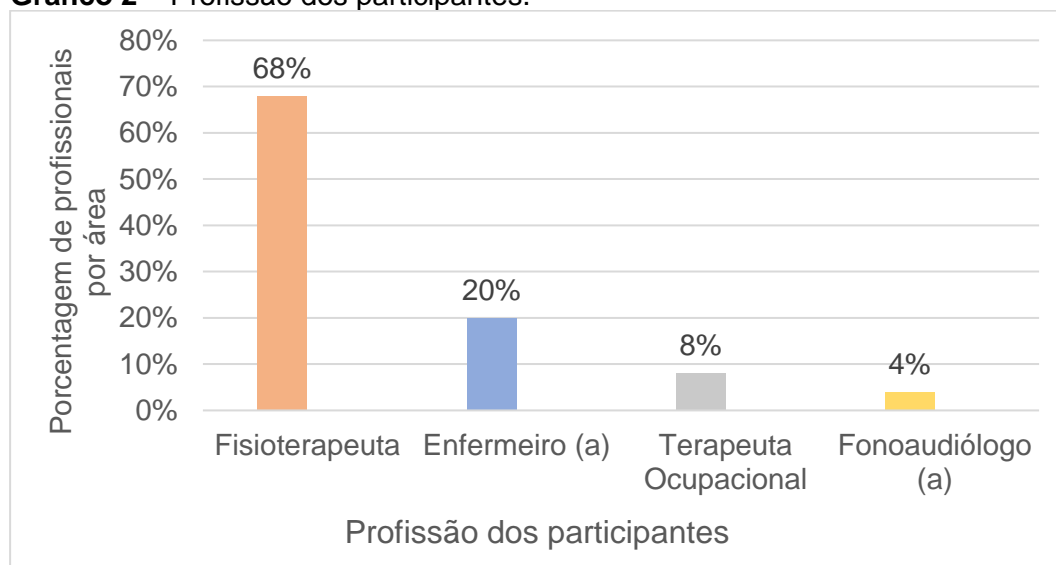
Os dados sociodemográficos obtidos corroboram com o estudo de Chermont *et al.* (2003) pela similaridade na média de idade de 35 anos, divergindo apenas na idade máxima de 54 anos.

Torna-se relevante essa semelhança no perfil sociodemográfico, devido a diferença no tamanho e perfil das amostras dos estudos, visto que Chermont *et al.* (2003) realizou o seu estudo com 104 médicos.

Quando se fala de predominância feminina na área da saúde, o IBGE, afirma que, em algumas profissões, como fonoaudiologia, nutrição e serviço social, a participação feminina ultrapassa a margem de 90%, já entre a enfermagem, fisioterapia e psicologia, os percentuais encontram-se acima de 80% (BRASIL, 2008).

Em relação às profissões encontradas nos resultados desta pesquisa, grande maioria corresponde a fisioterapeutas (17) e a menor parcela, representa terapeutas ocupacionais (2) (gráfico 2).

Gráfico 2 – Profissão dos participantes.

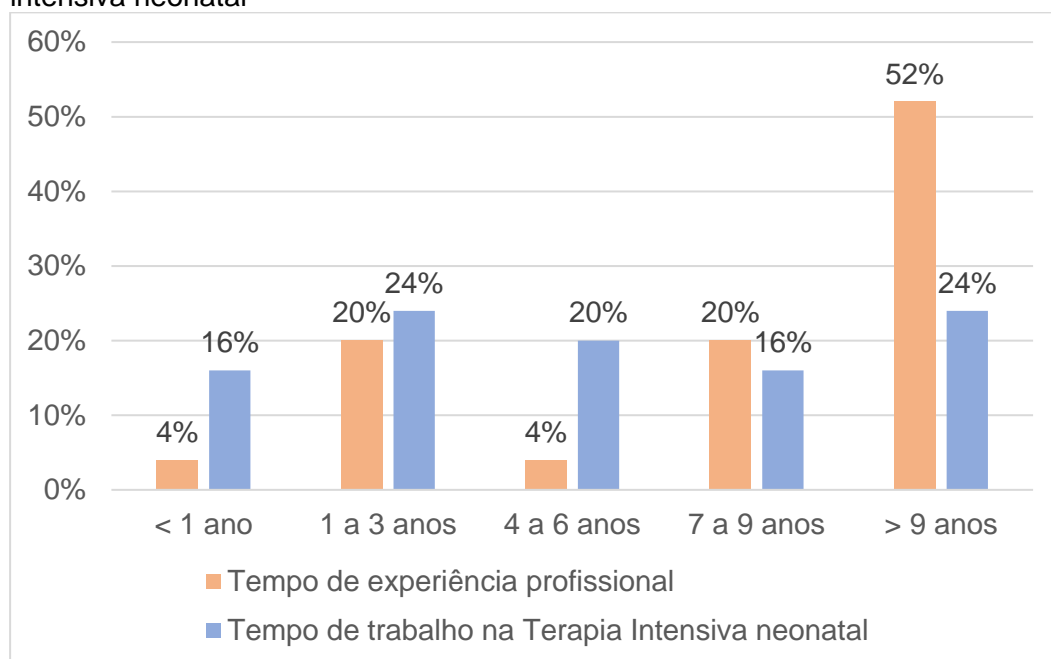


Fonte: Dados da pesquisa (2022).

As profissões descritas acima englobam grupos profissionais diferentes ao estudo de Capellini *et al.* (2014) que apesar de possuir similaridade metodológica com este estudo, foi realizado apenas com a equipe médica e de enfermagem. Essa divergência justifica-se exatamente pelo público alvo determinado por cada pesquisador.

Quanto ao tempo de experiência profissional, um pouco mais da metade (13) do número total de participantes (25) possuem experiência profissional >9 anos e apenas 1 participante possui menos de 1 ano de experiência (gráfico 3).

Gráfico 3 – Tempo de experiência profissional X tempo de trabalho na terapia intensiva neonatal



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Já em relação a experiência na área da neonatologia, apenas 6 profissionais possuem mais de 9 anos de experiência, (gráfico 3).

Desta forma, apesar da maioria dos participantes possuírem experiência profissional com tempo maior que 7 anos, mais da metade (15), encontram-se entre o 1° e o 6° ano de experiência específica na neonatologia.

Ao serem questionados sobre a capacidade do Recém-nascido em sentir dor, apenas 1 participante nega a afirmação, contra 24 que concordam. Dado semelhante ao encontrado no estudo de referência do questionário proposto por Sousa *et al.* (2006), que apresenta unanimidade entre os profissionais ao responderem esse questionamento.

De acordo com Campos (2018) essa informação sugere uma mudança quanto a concepção de dor nos RNs, em relação ao final da década de 70, onde acreditava-se que os neonatos não possuíam seu sistema nervoso completamente desenvolvido e, dessa forma, não eram capazes de sentir dor.

Quando questionados o motivo, fica claro que há uma relação direta as respostas comportamentais aos estímulos dolorosos causados dentro do ambiente de UTI/NEO por meio dos procedimentos invasivos executados pela própria equipe multiprofissional. Há relação direta dessa informação com um dado substancial

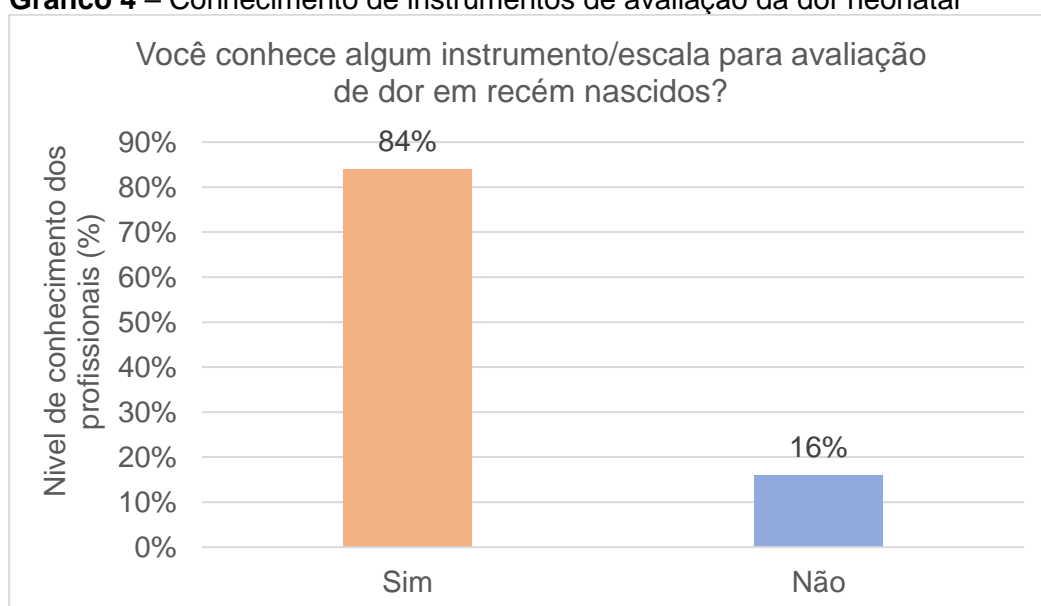
encontrado, por meio da unanimidade por parte dos profissionais ao relatarem saber a importância do manejo da dor em RN na UTIN.

Ao que diz respeito as características de identificação da dor em RN's, todos os participantes (25) classificaram o choro como um indicador de dor, seguido de agitação (21), tremor de queixo (20), olhos espremidos (17), fronte saliente (15), recusa o peito (14), língua tensa (12) e sulco naso-labial aprofundado (12). Os demais indicadores apresentam porcentagens $\geq 25\%$, ou seja, citado por no máximo 6 participantes.

Porém, de acordo com os principais instrumentos traduzidos para avaliação da dor neonatal presentes nos estudos de Silva *et al.* (2007) e Balda; Guinsburg, (2018) recusa o peito não é considerado indicador de dor no RN. Percebe-se então equívocos ao reconhecimento das características indicativas de dor, visto que indicadores relevantes como protusão de língua, boca aberta ou estirada, não possuíram porcentagem de citação relevante, e fatores não indicativos de dor como olhos espremidos e recusa o peito possuíram mais de 55% de citação cada.

Já em relação ao conhecimento dos instrumentos de avaliação da dor, 21 profissionais referem conhecer algum, em oposição a 4 que não conhecem nenhum instrumento.

Gráfico 4 – Conhecimento de instrumentos de avaliação da dor neonatal



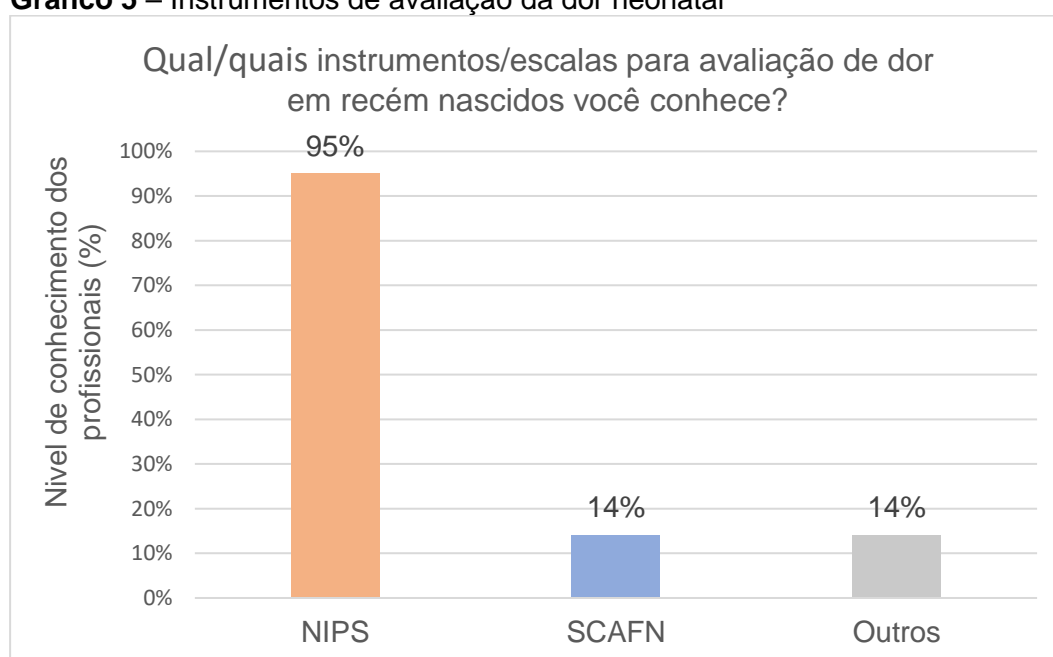
Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Sobre o conhecimento de escalas de avaliação da dor, os resultados obtidos, divergem ao estudo de Chermont *et al.* (2003) e Sousa *et al.* (2006), aos quais

menos de 50% dos profissionais dos três grupos investigados no primeiro estudo afirmam conhecer alguma escala e 25,0% do segundo também afirmam o questionamento.

Acerca dos instrumentos avaliativos para dor citados pelos 21 participantes que responderam sim à questão anterior, a escala de avaliação da dor NIPS foi a mais citada, por 20 dos profissionais, seguida da escala SCAFN com 3 citações, já os instrumentos FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*), NPASS (*Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale*) e COMFORT foram citadas apenas 1 vez cada (gráfico 5).

Gráfico 5 – Instrumentos de avaliação da dor neonatal



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

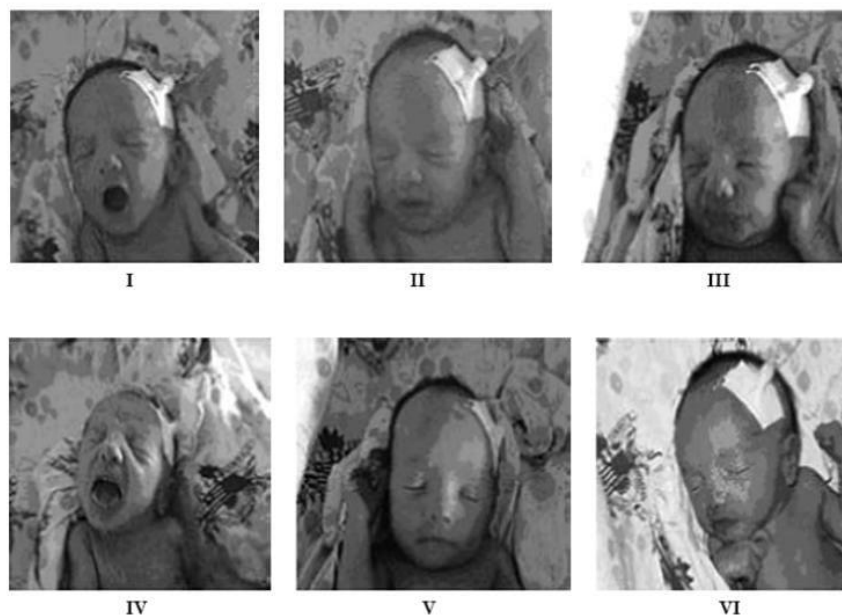
Portanto, considerando os últimos 2 gráficos apresentados, há um número considerável de profissionais que conhecem pelo menos 1 escala de avaliação de dor, ponderando que apenas 4 desconhecem os instrumentos.

Apesar de não haver muita diversidade no conhecimento de instrumentos de avaliação da dor, 21 participantes conhecem pelo menos 1 instrumento, valor esse considerável, de acordo com Sousa *et al.* (2006) que, afirma ainda a respeito da importância que o profissional que presta assistência ao recém-nascido conheça e domine pelo menos 1 instrumento de avaliação da dor.

Por fim, houve unanimidade entre os 25 participantes ao identificar a face de dor do recém-nascido (figura 8) que apresenta um recém-nascido com dor na

imagem IV, de acordo com Silva *et al.* (2007), baseado na Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (SCAFN).

Figura 2 – Face de dor do Recém-nascido



Fonte: SILVA *et al.*, (2007).

Resultado importante, visto que, de acordo com Pereira *et al.* (2005) as alterações faciais constituem um dos eixos fundamentais no processo de identificação da expressão de dor em neonatos. Várias pesquisas indicam que a observação da expressão facial é um método sensível e útil para a avaliação da dor nessa população, por não ser invasivo, porém possuir efetividade e ser acessível.

A justificativa da escolha, fundamenta-se, de acordo com os participantes, na face expressiva de dor do RN, por meio dos olhos espremidos/fechados, boca aberta, sulco naso-labial aprofundado, língua tensa, testa franzida, mão fechada, agitação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o referencial teórico descrito, a Associação Internacional para o Estudo da Dor conceitua a dor como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial, possuindo importante função de defesa ao organismo e atuando como um sinal de alerta. Considera-se como consequências da dor neonatal alterações no neurodesenvolvimento e nos componentes somatossensoriais e emocionais, que podem perdurar até a vida adulta.

Em relação a avaliação da dor neonatal, existem atualmente 29 escalas validadas para a sua avaliação. Destas, 13 são escalas unidimensionais e 16 multidimensionais. As mais utilizadas são, o Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (SCAFN), a Escala de Avaliação de Dor (NIPS) e o Perfil de Dor do Prematuro (PIPP-R).

Diante dos resultados obtidos com a aplicação do questionário, considera-se que há um número considerável de profissionais que conhecem pelo menos 1 escala de avaliação de dor dentro do público investigado, porém existem equívocos ao reconhecimento das características indicativas de dor, visto que todos conseguem identificar uma face de dor por imagem, porém alguns indicadores descritivos de dor não possuíam número relevante de citação enquanto fatores não indicativos de dor sim. Divergindo assim da hipótese proposta, cujo embasamento consiste em estudos prévios.

Para tanto, sugere-se a realizações de mais pesquisas sobre o assunto, uma vez que este estudo possui desdobramento incomum em relação aos demais estudos semelhantes, apesar de dispor de uma amostra limitada em virtude do tempo determinado para a sua coleta.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C.O. *et al.* Emprego de soluções adocicadas no alívio da dor neonatal em recém-nascido prematuro: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 788-796, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000400021>. Acesso em: 30 set. 2022.
- ARAKAKI, V.S.N.M. *et al.* Mapeamento demográfico e caracterização do perfil de assistência fisioterapêutica oferecida nas unidades de terapia intensiva neonatais do Rio de Janeiro (RJ). **Fisioterapia e Pesquisa**, Rio de Janeiro, v.24, n. 2, p. 143-148, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/Mq7Crfnxj85MLHM7nm6TKLJ/?lang=pt>. Acesso em: 14 abr. 2022.
- BALDA, R.C.X; GUINSBURG, R. A linguagem da dor no recém-nascido. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, São Paulo. 2018. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/DocCient-Neonatal-Linguagem_da_Dor_atualizDEz18.pdf. Acesso em: 15 abr. 2022.
- BONI, M. **Neurociência cognitiva e plasticidade neural: um caminho a ser descoberto**. 2016. Orientador: Maria Preis Welter. Monografia (graduação) – FAI: Faculdade do Vale do Itapecuru, Disponível em: https://eventos.uceff.edu.br/eventosfai_dados/artigos/semic2016/391.pdf Acesso em: 05 Set 2022.
- BOTTEGA, F.H; FONTANA, R.T. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 19, n. 2, p. 283-290, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/gZNNrNTftvjFWrfWJyvWjRg/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 3 jun. 2022.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos 196/96, 303/2000 e 404/2008. Brasília, DF. o Conselho Nacional de Saúde 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 693, de 28 de novembro de 2018**. Dispõe sobre a avaliação de resultados pós-intervenção em empreendimentos realizados por meio de programas sob gestão do Ministério das Cidades, aprova o Manual de Orientações para Avaliação de Resultados e dá outras providências. Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), Setor Público. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.
- CAMPOS, A.P.S. Neonatal pain: knowledge, attitude and practice of the nursing team. **Brazilian Journal of Pain**, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 354-358, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/JNLj48rKBwm8m5p4QScQj9M/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 14 abr. 2022.
- CAPELLINI, V. K.; DARÉ, M. F.; CASTRAL, T. C.; CHRISTOFFEL, M. M. C.; LEITE, A. M.; SCOCHI, C. G. S. Conhecimento e atitudes de profissionais de saúde sobre avaliação e manejo da dor neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia,

Goiás, Brasil, v. 16, n. 2, p. 361–9, 2014. Disponível em:
<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/23611>. Acesso em: 15 nov. 2022.

CHERMONT, A.G. *et al.* O que os pediatras conhecem sobre avaliação e tratamento da dor no recém-nascido?. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 3, p. 265-272, 2003.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jped/a/Cvkb6sMYvF9XDRkqYqD5tJS/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em: 04 nov. 2022.

CONASEMS. **Protagonismo feminino na saúde:** mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS, 2020. Acesso em: 08 nov. 2022

COSTA, T.M.S *et al.* Medidas não-farmacológicas para alívio da dor de recém-nascidos em unidade de terapia intensiva neonatal. **Enfermagem Brasil**, Natal, v. 19, n. 6, p. 518-524, jan. 2021. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.33233/eb.v19i6.4422>. Acesso em: 14 abr. 2022.

CRUZ, C.T; STUMM, E.M.F. Instrumentation and implementation of pain evaluation scale in a Neonatal Intensive Care Unit. Case report, **Revista Dor**, Rio Grande do Sul, v. 16, n. 3, p. 232-234. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20150046>. Acesso em: 2 out. 2022.

DEPARTMENT OF MOLECULAR PHYSIOLOGY, UNIVERSITY OF HEIDELBERG. Disponível em http://www.molekulare-physiologie.de/int_pain_intro.html

DEWES, J.O. **Amostragem em bola de neve e respondente-Driven Sampling: uma descrição dos métodos.** 2013. Monografia (Graduação) – Departamento de Estatística. Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. 2013.

Disponível em:

<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/93246/000915046.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2022.

FERNANDES, J.D; MACHADO, M.C.R; OLIVEIRA, Z.N.P. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. São Paulo, v. 86, n. 1, p. 102-110, 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/abd/a/dRrxgvC3nJ7Sqc6dk99jRcy/?lang=pt#>. Acesso em: 14 abr. 2022.

FREITAS, Z.M.P; PEREIRA, C.U; OLIVEIRA, D.M.P. Escalas para avaliação de dor em neonatologia e sua relevância para a prática de enfermagem. **Revista Brasileira de Medicina**, Sergipe, v. 2, p. 18-24, 2012. Disponível em: Acesso em: 07 Out 2022.

IBGE. **População:** Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Brasília, 2008. Acesso em: 01 jun. 2022

JANEIRO, I.M.I. **Fisiologia da dor.** 2017. 63 p/f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2017. Disponível em:

<https://recil.ensinolusofona.pt/bitstream/10437/8904/1/Fisiologia%20da%20dor%20-%20Vers%C3%A3o%20Final%20-%202017.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2022.

KLAUMANN P.R; WOUK , A.F.P.F; SILLAS T. Patofisiologia da dor. **Veterinary Science**, Lisboa, v. 13, n.1, p.1-12, 2008.

LINHARES, M.B.M; DOCA, F.N.P. Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p. 307-325, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 set. 2022.

MAXWEL, L.G; FRAGA M.V, MALAVOLTA C.P. Assessment of Pain in the Newborn: An Update. **Clinics in Perinatology**, Philadelphia, v. 40, n. 3, p. 693-707, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31653303/>. Acesso em: 15 abr. 2022.

MORETE, M; MINSON, F.P. Instrumentos para a avaliação da dor em pacientes oncológicos. **Revista Dor**, São Paulo, v. 1, n. 11, p. 78-80, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n1/a1503.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2020.

MOTTA, G.C.P; CUNHA, L.C. Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 68, n. 1, p. 131-135, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/RnBcVwc9DjKRN73tW3k4TNr/?lang=pt#>. Acesso em: 17 abr. 2022.

MOURA, B.L.A. *et al.* Fatores associados à internação e à mortalidade neonatal em uma coorte de recém-nascidos do Sistema Único de Saúde, no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 23, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/VFvZt6nYv9RwwNjzfK54hvH/?lang=pt#>. Acesso em: 16 abr. 2022.

MOURA, D.M; SOUZA, T.P.B. Knowledge of the neonatal intensive care unit nursing team about newborn pain. *BrJP*. 2021, v. 4, n. 3 [Acessado 3 Outubro 2022] , pp. 204-209. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210027>>. Epub 08 Out 2021. ISSN 2595-3192. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210027>.

OLIVEIRA, R.M. *et al.* Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery**. Fortaleza, v. 15, n. 2, p. 277-283, 2011. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/ean/a/Ty9PTzqNXXfSpHw6FDgfMCG/?lang=pt#:~:text=A%20maioria%20dos%20profissionais%20\(98,aliviar%20o%20sofrimento%20do%20beb%C3%AA](https://www.scielo.br/j/ean/a/Ty9PTzqNXXfSpHw6FDgfMCG/?lang=pt#:~:text=A%20maioria%20dos%20profissionais%20(98,aliviar%20o%20sofrimento%20do%20beb%C3%AA). Acesso em: 14 abr. 2022.

PEREIRA, A.L.S.T. *et al.* Validade dos parâmetros comportamentais e fisiológicos para a avaliação da dor de recém-nascidos a termo, 2005. Disponível em: <http://www.brazil/pednews.org.br/junh99/A99012.htm>. Acesso em: 16 out 2022.

PERRY, M. *et al.* Dor Neonatal: Percepções e Práticas Atuais. **Clínicas de enfermagem de cuidados intensivos da América do Norte**. *Connecticut*, v. 30, n.4, p. 549-561, 2018.

PROENÇA, M.O; AGNOLO, C.M.D. Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 279-286, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/X3CHfh8XvrdM6CSV7vgW3ct/?lang=pt#> . Acesso em: 3 Jun 2022.

REIS, L.C.C; GABARRA, L.M; MORE, C.L.O.O. As repercussões do processo de internação em UTI adulto na perspectiva de familiares. **Temas psicologia**. Ribeirão Preto, v. 24, n. 3, p. 815-828, 2016. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000300003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 03 jun. 2022.

SILVA, Y.P *et al.* Avaliação da dor em neonatologia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Minas Gerais, v. 57, n. 5, p. 565-574, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-70942007000500012>. Acesso em: 19 jun. 2022.

SOUSA, B.B.B. *et al.* Avaliação da dor como instrumento para o cuidar de recém-nascidos pré-termo. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Maranhão, v. 15, n. spe, p. 88-96, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/PJvCgjbBNg3qw5sSB8YqF7j/?lang=pt#ModalArticles>. Acesso em:14 abr. 2022.

Tamez RN, Silva MJ. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. 69-70p.

WALKER, S.M. Long-term effects of neonatal pain. **Seminars in fetal & neonatal medicine**, v. 24, n.4, p. 6-21, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30987942/> Acesso em: 26 maio 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

APÊNDICE B – Artigo

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR - UNDB

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) participante, este é um convite para a participação na pesquisa intitulada: “ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS QUANTO À AVALIAÇÃO DA DOR EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DE SÃO LUIS”. cujo objetivo geral é analisar o conhecimento de equipes multiprofissionais quanto à avaliação da dor em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de São Luis.

Por se tratar de um profissional que compõe uma equipe multiprofissional de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de São Luis, você foi escolhido/indicado para contribuir com o desenvolvimento desta pesquisa. Vale destacar que a qualquer momento você pode desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento.

Evidencia-se que toda pesquisa pode gerar riscos aos participantes, porém os riscos relacionados à sua participação são mínimos, uma vez que poderá haver um pequeno desconforto ao responder o questionário solicitado, além do comprometimento de no máximo 30 (trinta) minutos de seu tempo. Em caso de desconforto, você poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento. A sua contribuição com a pesquisa possui como principal benefício, o enriquecimento da literatura sobre a temática abordada.

Todos os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, nos termos da **Resolução N° 466/2012 e Resolução N° 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde**. Desse modo, nenhuma conduta colocará em riscos à sua imagem, integridade física, psicológica ou dignidade humana.

Caso aceite participar desta pesquisa, informa-se que a coleta de dados consistirá na resposta ao questionário selecionado pelo autor. Todas as informações obtidas por meio deste estudo serão confidenciais, lhe assegurando o total sigilo sobre sua participação. Os dados coletados servirão para produção de um trabalho de conclusão de curso em Fisioterapia. Logo, os produtos da pesquisa serão divulgados com o suporte da Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB

Você receberá uma via deste termo, assinada por ambas as partes, constando o telefone e o endereço do pesquisador principal desta pesquisa, para quaisquer dúvidas ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa, sua participação, agora ou em momentos posteriores. Além disso, também, é informado o endereço e os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da UNDB, para qualquer reclamação ou dúvida. E nós, pesquisadoras estaremos comprometidas a seguir todas as normas estabelecidas pela resolução 466/12. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de **FORMA LIVRE E ESPONTÂNEA** para participar desta pesquisa. Pedimos que preencha, por favor, os itens que seguem:

CASO AINDA TENHA DÚVIDAS A RESPEITO, NÃO ASSINE ESTE TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Nyellen Raynanda Serra Pereira

Nyellen Raynanda Serra Pereira
CPF: 607.385.733-02

PESQUISADOR PRINCIPAL:

Nyellen Raynanda Serra Pereira, brasileira, solteira, com CPF N° 60738573302, residente e domiciliada na Pereira Ramos, 62, Vila Bacanga, CEP 65080-830
Contato: (98) 99967-2258 / E-mail: nyellenraynanda@gmail.com

ORIENTADORA: Prof.ª Ma. Nelmar de Oliveira Mendes
E-mail: nelmar.mendes@undb.edu.br

UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DOM BOSCO - UNDB
Av. Cel. Colares Moreira, 443 - Jardim Renasença, São Luis - MA, 65075-441
E-mail: atendimento@undb.edu.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNDB
Av. Cel. Colares Moreira, 443 - Jardim Renasença, São Luis - MA, 65075-441

APÊNDICE B – Artigo

ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS QUANTO À AVALIAÇÃO DA DOR EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DE SÃO LUÍS¹

Analysis the knowledge of multidisciplinary teams regarding pain assessment in Neonatal Intensive Care Units in São Luís

Nyellen Raynanda Serra Pereira²

Nelmar de Oliveira Mendes³

RESUMO

A avaliação da dor neonatal precisa ser uma prioridade na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, visto que a dor experimentada por um recém-nascido pode influenciar o neurodesenvolvimento e os componentes somatossensoriais e emocionais até a vida adulta. No entanto, a não verbalização dos neonatos torna esse processo complexo. Diante disso, esse estudo possui por objetivo principal analisar o conhecimento de equipes multiprofissionais quanto à avaliação da dor em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal em São Luís. Trata-se de uma pesquisa de natureza aplicada, com abordagem quali-quantitativa, realizada por meio de uma pesquisa de campo, aprovada pelo CEP, com número de parecer 5.621.858. A coleta de dados deu-se de forma online, pela disponibilização do questionário acerca das concepções sobre dor e avaliação da dor neonatal de Sousa *et al.* (2006) que possui 12 perguntas, 10 abertas e 2 fechadas. Constituíram essa pesquisa 25 profissionais, a maioria do sexo feminino, com tempo de experiência profissional >7 anos, porém mais da metade possui média de tempo na terapia intensiva neonatal entre 1 e 6 anos. Apenas 1 profissional discorda da capacidade do RN em sentir dor. Conclui-se que há um número considerável de profissionais que conhecem pelo menos 1 escala de avaliação de dor, porém existem equívocos ao reconhecimento das características indicativas de dor, visto que todos conseguem identificar uma face de dor por meio de imagem, porém alguns indicadores descritivos de dor não possuíam número relevante de citação, e fatores não indicativos de dor sim.

Palavras-chave: Dor. Dor neonatal. Avaliação da dor neonatal. Conhecimento sobre dor neonatal. UTI neonatal.

¹ Monografia apresentada ao Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

² Graduanda do 10º Período do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB. E-mail: 002-021099@aluno.undb.edu.br.

³ Professora Mestra. Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB.

ABSTRACT

The assessment of neonatal pain needs to be a priority in the Neonatal Intensive Care Unit, since the pain experienced by a newborn can influence neurodevelopment and somatosensory and emotional components until adulthood. However, the non-verbalization of neonates makes this process complex. Therefore, this study has the main objective of analyzing the knowledge of multidisciplinary teams regarding pain assessment in Neonatal Intensive Care Units in São Luís. This is applied research, with a quali-quantitative approach, carried out through field research, approved by the CEP, with opinion number 5.621.858. Data collection took place online, through the availability of the questionnaire involving conceptions about pain and assessment of neonatal pain by Sousa et al. (2006) which has 12 questions, 10 open and 2 closed. This research consisted of 25 professionals, mostly female, with professional experience >7 years, but more than half had an average time in neonatal intensive care between 1 and 6 years. Only one disagree with the ability of the NB to feel pain. It is concluded that there is a considerable number of professionals who know at least 1 pain assessment scale, but there are mistakes in the recognition of pain indicative characteristics, since all are able to identify a face of pain through image, but some descriptive indicators of pain did not have a relevant citation number, and factors not indicative of pain did.

Keywords: Pain. Neonatal pain. Assessment of neonatal pain. Knowledge about neonatal pain. Neonatal ICU.

1 INTRODUÇÃO

Recém-Nascido (RN) é um termo utilizado para bebês de até 28 dias. Estes são classificados quanto a idade gestacional e peso. Desta forma, Recém-nascido Pré-Termo (RNPT) ou prematuro, é a classificação dada a bebês <37 semanas, RN a termo, de 37 e 41 semanas, e os RN's de baixo peso possuem peso < 2.500 gramas. Utiliza-se também os termos, lactente e bebê para a faixa etária de 01 a 12 meses (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011).

Atualmente no Brasil, essa população possui um maior índice de sobrevivência, evidenciada nas estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Nos anos de 2012 a 2022 houve um aumento de 4,5% na taxa de expectativa de vida ao nascer – que consiste no número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido – (BRASIL, 2008).

O aumento dessa taxa está diretamente relacionado aos avanços tecnológicos cada vez mais significativos. Portanto, devido ao aumento no tempo de

permanência em uma UTIN, a especialização profissional e o contínuo aperfeiçoamento de toda equipe são necessários para manter a assistência em consonância com o contínuo desenvolvimento do ambiente (ARAKAKI *et al.*, 2017).

As UTIN, são ambientes terapêuticos de alta complexidade, que dispõe de um vasto e sofisticado aparato tecnológico, capaz de proporcionar um prolongamento à vida dos RN's, apesar de expô-los a uma gama de procedimentos invasivos e dolorosos, porém necessários — que são realizados diariamente por profissionais da saúde que compõem a equipe multiprofissional do local — (COSTA *et al.* 2021).

A avaliação da dor, é a ferramenta fundamental para o profissional conseguir mensurá-la, e com isso atuar corretamente durante o seu manejo, corroborando assim para uma recuperação menos traumática do paciente. Logo, a escolha de métodos adequados para avaliá-la são elementos fundamentais o manejo (CAMPOS, 2018).

Portanto, esse estudo possui como objetivos, analisar o conhecimento de equipes multiprofissionais quanto à avaliação da dor em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de São Luís; descrever clinicamente a dor neonatal, e as suas possíveis consequências, assim como, os principais métodos e ferramentas indicados para a sua avaliação.

A realização desta pesquisa foi motivada pelo interesse do pesquisador sobre avaliação da dor neonatal, visto que é um assunto pouco abordado durante o período de graduação e possui escassez de estudos atualizados e revisões sistemáticas comparado as diversas outras temáticas relacionadas a profissão. Diante disso, há um questionamento persistente quanto o conhecimento de equipes multiprofissionais quanto à avaliação da dor em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de São Luís.

Considera-se como hipótese que, apesar dos profissionais de saúde presentes em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal possuem conhecimento da capacidade do neonato em sentir dor e conseguem identificar corretamente a face de dor neonatal, a avaliação adequada é limitada devido à escassez de conhecimento de escalas validadas para a sua avaliação e mensuração.

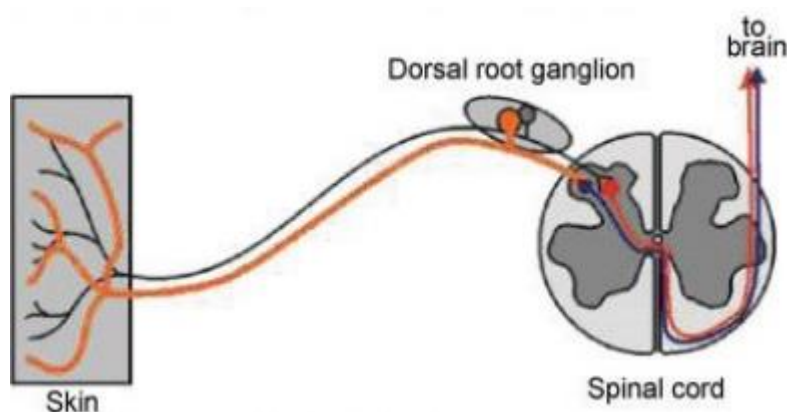
2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Classificação e fisiologia da dor e aspectos específicos da dor neonatal

A IASP conceitua a dor como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial. Possui etiologia multicausal e apresenta dois tipos de classificações. A primeira quanto a duração, sendo elas aguda e crônica, e a segunda, quanto ao tipo, dividindo-se em nociceptiva e não nociceptiva (JANEIRO, 2017).

O componente fisiológico da dor é chamado nociceção, e é uma consequência dos processos de transdução, transmissão e modulação de sinais neurais gerados em resposta a um estímulo doloroso externo. Podemos considerá-los em uma cadeia de três neurônios, com o neurônio de primeira ordem originado na periferia e projetando-se para a medula espinhal, o neurônio de segunda ordem ascende pela medula espinhal e o neurônio de terceira ordem projeta-se ao córtex cerebral (KLAUMANN; FWOUK; SILLAS, 2008).

Figura 2 – Transmissão do sinal nociceptivo ao Sistema Nervoso Central.



Fonte: *Department of Molecular Physiology, University of Heidelberg* (2011)

Por isso, a dor possui importante função de defesa ao organismo, atuando como um sinal de alerta. Porém, por possuir caráter de percepção subjetivo, torna-se complexa a sua investigação (MARTELLI; ZAVARIZE, 2013).

Conforme a IASP, a incapacidade de verbalização não nega a possibilidade de que um indivíduo esteja sentindo dor e que necessite de tratamento apropriado

para seu alívio. Logo, essa característica, presente nos recém nascidos, não pode ser interpretada como ausência de dor (BALDA; GUINSBURB, 2018).

Ao final da década de 70, acreditava-se que os recém-nascidos não sentiam dor, devido à imaturidade do sistema nervoso central, caracterizado pela insuficiência de mielinização — substância responsável pela condução dos impulsos nervosos no cérebro — e a falta de memória de dor. Contudo, pesquisas atuais comprovam a inautenticidade dessa afirmação, evidenciando que os receptores dolorosos sofrem mielinização completa entre a 2ª e a 3ª semana de gestação e as vias nociceptivas originadas no cérebro estão completamente mielinizadas a partir da 30ª semana (CAMPOS, 2018).

Para Sousa *et al.* (2006) a confirmação que o RN seria capaz de sentir dor, comprovou-se após estudos que permitiram observar que a mielinização não era uma característica imprescindível para a transmissão dos impulsos pelo trato sensorial. Hoje, sabe-se que os elementos presentes no sistema nervoso central, necessários para a transmissão do estímulo doloroso ao córtex cerebral estão presentes inclusive em recém-nascidos prematuros, apesar da maturação desse sistema continuar após o nascimento.

O estímulo e a percepção da dor ocorrem antes mesmo do nascimento. As terminações nervosas surgem na região perioral na 7ª semana de gestação, seguem para a face, mãos e região plantar na 11ª semana, para o tronco e extremidades proximais na 15ª semana e, entre a 20ª e a 24ª, as sinapses nervosas estão aptas para a percepção da dor. (CRUZ; STUMM, 2015; TAMEZ; SILVA, 2010).

3.2 Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

As Unidades de Terapia Intensiva são ambientes destinados ao atendimento de pacientes graves, com potencial risco, que necessitam de cuidados específicos e monitorização constante. É geralmente associado ao sofrimento e a morte por parte dos próprios pacientes e familiares (PROENÇA; AGNOLO, 2011).

A UTI é um contexto assistencial de alta complexidade, devido a tecnologias, ao custo financeiro e à equipe multiprofissional especializada, destinado a pacientes graves que necessitam desses cuidados (REIS; GABARRA; MORE, 2016).

Moura *et al.* (2020) apresenta dados relevantes relacionados à internação de recém-nascidos do Sistema Único de Saúde, no município de São Paulo. Da população estudada, 16,5% dos Recém-nascidos precisaram de internação, sendo destes 4,7% em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Possuindo como principais fatores de risco para hospitalização e mortalidade neonatal respectivamente, pré-natal inadequado, prematuridade e baixo peso.

Para Arakaki *et al.* (2017) com o passar dos anos, as UTIN's foram modificando sua assistência e passaram a receber diversas necessidades além da prematuridade. Atualmente, observa-se maior sobrevivência dos neonatos graças a avanços técnico-científicos cada vez mais expressivos. Por conta disso, houve um aumento no período de tempo de internação. Surgindo então a importância da excelência no cuidado prestado.

Dentre os motivos de internação em uma UTIN, destacam-se a prematuridade, patologias específicas, anomalias congênitas, e eventos adversos durante o período intrauterino e no parto. Nessa internação, os bebês passam suas primeiras semanas de vida expostos a múltiplos procedimentos invasivos e dolorosos. Lactentes hospitalizados nascidos com 25 a 42 semanas de gestação tiveram uma média de 14 procedimentos dolorosos por dia durante as primeiras 2 semanas de vida (MAXWELL; FRAGA; MALAVOLTA, 2019).

Estima-se ainda que, ao longo do período de internação na UTIN, os neonatos prematuros são submetidos a uma média de 100 procedimentos estressores (COSTA *et al.*, 2021).

3.3 Equipe multiprofissional de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal

Toda equipe multiprofissional de uma UTIN possui competências específicas ao que tange os cuidados dos RN, em consenso pelo manejo da dor que cabe a todos os profissionais de saúde, como previsto pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) que elenca como direitos da criança e do adolescente hospitalizados o "Direito a não sentir dor, quando exista meios para evita-la" (MOURA; SOUSA, 2021).

A inserção do fisioterapeuta nesse contexto, está embasada na Portaria nº 3.432 do Ministério da Saúde, em vigor desde 12 de agosto de 1998. Que determina que as UTI's de hospitais devem contar com a assistência fisioterapêutica em período

integral. Em concordância, a Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, determinando que haja pelo menos um fisioterapeuta para cada 10 leitos ou fração nos três turnos (ARAKAKI et al., 2017).

Oliveira (2011) afirma que, grande parte dos profissionais de saúde presentes em UTIN não possuem conhecimento adequado quanto a avaliação e mensuração da dor neonatal, influenciando assim um possível negligenciamento quanto ao seu manejo.

O manejo preventivo, diagnóstico e terapêutico da dor no recém-nascido requer que a equipe da assistência neonatal domine esses conceitos e utilize ferramentas válidas e confiáveis de avaliação e mensuração da dor, com o intuito de otimizar o seu manejo em um público tão vulnerável. Desta forma, reconhecer, avaliar e tratar a dor de forma adequada são fatores fundamentais a esses profissionais (BALDA; GUINSBURG, 2018).

Logo, a especialização profissional e o contínuo aperfeiçoamento de toda equipe são necessários para manter a assistência em consonância com o constante desenvolvimento tecnológico e científico do ambiente (ARAKAKI et al., 2017).

3.5 Avaliação da dor neonatal

Segundo Perry *et al.* (2018) a avaliação da dor em neonatos é complexa devido ao desenvolvimento físico, cognitivo e comportamental. O uso de escalas de avaliação da dor, não a quantificam, mas fornecem uma descrição precisa do efeito de intervenções de manejo farmacológico e não farmacológico na dor do neonato.

De acordo com Sousa *et al.* (2006) o RN utiliza como principal forma de expressar a dor algumas atitudes comportamentais devido a impossibilidade de verbalização. Por isso a avaliação da dor nesses indivíduos se torna uma tarefa difícil, pois os indicadores observáveis da dor podem ser mínimos ou ausentes. Por esse motivo, foram desenvolvidas escalas multidimensionais, que analisam respostas comportamentais associadas a algumas respostas fisiológicas à dor.

Existem 29 escalas validadas para a avaliação de dor neonatal. Destas, 13 são escalas unidimensionais e 16 multidimensionais. As unidimensionais utilizam um único indicador de avaliação de dor: fisiológicos ou comportamentais. Enquanto as multidimensionais fornecem uma avaliação mais ampla da dor, contemplando tanto os aspectos fisiológicos como os comportamentais (SILVA *et al.*, 2007).

Dentre essas escalas, as mais utilizadas são o Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (SCAFN) e a Escala de Avaliação de Dor (NIPS) (SOUSA *et al.*, 2006).

A escala unidimensional SCAFN, é indicada a bebês de 25 a 40 semanas, avalia a dor quanto a 8 movimentos faciais, descritos na tabela abaixo. Possui pontuação máxima de 8 pontos, considera-se então a presença de dor em scores ≥ 3 . (SILVA *et al.*, 2007).

Tabela 2 – Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (SCAFN)

| Movimentos faciais | Pontos (0) | Pontos (1) |
|---|-------------------|-------------------|
| Fronte saliente | Ausente | Presente |
| Fenda palpebral estreitada | Ausente | Presente |
| Sulco naso-labial aprofundado | Ausente | Presente |
| Boca aberta | Ausente | Presente |
| Boca estirada (horizontal ou vertical) | Ausente | Presente |
| Língua tensa | Ausente | Presente |
| Protrusão de língua | Ausente | Presente |
| Tremor de queixo | Ausente | Presente |

Fonte: Silva *et al.* (2007).

A escala de avaliação de dor NIPS é uma escala multidimensional, que avalia cinco parâmetros comportamentais e um indicador fisiológico, antes, durante e após procedimentos invasivos agudos, tanto em recém nascidos a termo, como em pré-termos. A pontuação pode variar de 0 a 7, sendo necessária a soma de mais de 3 pontos para ser definir a presença de dor (BALDA; GUINSBURG, 2018).

Tabela 2 – Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)

| Indicadores | Pontos (0) | Pontos (1) | Pontos (2) |
|-------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|
| Expressão facial | Relaxada | Contraída | - |
| Choro | Ausente | Resmungo | Vigoroso |
| Respiração | Regular | Diferente da basal | - |
| Braços | Relaxados | Fletidos ou estendidos | - |
| Pernas | Relaxadas | Fletidas ou estendidas | - |
| Estado de alerta | Dormindo calmo | ou Irritado | - |

Fonte: Balda e Guinsburg (2018).

Além dos instrumentos citados, existem também outras escalas muito indicadas, de acordo com algumas especificidades, como, a COMFORT e a *Neonatal*

Postoperative Pain Evaluation Score (CRIES). A COMFORT é utilizada em RN submetidos à ventilação mecânica, para avaliar o grau de sedação. Consideram-se oito itens de desconforto fisiológico ou ambiental, ao qual, escores menores que 17 indicam sedação excessiva, valores entre 17 e 26 sugerem sedação adequada e valores maiores que 26, sedação insuficiente (FREITAS; PEREIRA; OLIVEIRA, 2012).

Ainda para Freitas, Pereira e Oliveira (2012) a escala CRIES, tem o objetivo de avaliar a dor em RN no pós-operatório, avaliando 5 parâmetros fisiológicos e comportamentais, obtendo uma pontuação máxima de dez pontos. Os parâmetros avaliados são choro, necessidade de oxigênio para manter a Sat maior que 90%, aumento da FC e PA, expressão facial e ausência de sono. O escore varia de 0 a 10, sendo score ≥ 5 indicativos de dor.

3.6 Consequências da exposição à dor no período neonatal

Quando se fala sobre a importância da avaliação da dor neonatal, é fundamental o conhecimento acerca das suas consequências, para desta forma saber os seus riscos. Dentro do ambiente de UTIN, são inúmeras as quantidades de procedimentos invasivos e dolorosos utilizados a fim de reduzir a morbimortalidade, que apesar de aumentarem as chances de sobrevivência são estressores e predisõem a dor, podendo desencadear repercussões negativas no desenvolvimento do RN a curto e longo prazo (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Segundo Walker (2019) a dor experimentada por um RN pode influenciar o neurodesenvolvimento e os componentes somatossensoriais e emocionais da resposta à dor na vida adulta. Em seu estudo, as alterações em fatores biológicos e fatores psicossociais que influenciam a dor foram identificadas em crianças e adultos nascidos prematuros ou extremamente prematuros. Concluindo que, a prematuridade e a exposição cumulativa à dor influenciam o grau de sequelas.

Dentre as alterações no desenvolvimento associado com a dor neonatal, estão a hiperalgesia, alterações na aprendizagem e cognição, déficit de atenção e distúrbios de ansiedade, modificação na memória e na função motora (MOURA; SOUZA, 2021).

A exposição exacerbada a dor implica em efeitos prejudiciais ao organismo do neonato, gerando, conseqüentemente, um estresse crônico, fazendo com que ele

utilize suas reservas energéticas que seriam direcionadas para o seu crescimento, estabilização e desenvolvimento (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

No sistema imaturo do pré-termo, a dor pode ocasionar alterações na sensibilidade à dor, além de alterar o desenvolvimento da cerebral. Isso ocorre devido a exposição dolorosa durante o período de maior desenvolvimento cerebral, incluindo o estabelecimento e a diferenciação neuronal, a estratificação dos neurônios corticais, a elaboração dos dendritos e axônios, a formação das sinapses, a “poda” seletiva dos processos neuronais, e a proliferação e a diferenciação das células gliais. (MOURA; SOUZA, 2021).

Para Oliveira (2011) a dor contribui para a instabilidade hemodinâmica neonatal, aumentando assim as chances de morbimortalidade nessa faixa etária, com potenciais efeitos a curto, médio e longo prazo. Essa exposição por um período de tempo prolongado é prejudicial ao desenvolvimento do sistema nervoso e pode ameaçar a estabilidade fisiológica, de forma permanente ou não, devido ao desenvolvimento de plasticidade no cérebro imaturo.

A plasticidade neural é caracterizada pela capacidade de organização do sistema nervoso central diante a um aprendizado ou uma lesão. Se dando principalmente pela alteração sináptica, tendo em vista à readequação do crescimento do organismo às novas capacidades intelectuais e comportamentais. Considera-se então, que os neurônios em desenvolvimento apresentam uma maior capacidade de adaptabilidade do que as células já maduras (BONI, 2016).

A maior exposição a procedimentos dolorosos está associada a piores resultados de neurodesenvolvimento, e de aspectos cognitivo, motor e comportamental. Prematuros que necessitaram de cirurgias possuem aumento na taxa de deficiências neurossensoriais na primeira infância e escores cognitivos baixos até o final da adolescência (WALKER, 2019).

A ausência de analgesia ou sedação adequadas geram uma liberação de hormônios, mobilizando os substratos e o catabolismo. Elevando os níveis de adrenalina, corticoides, aldosterona e glucagon, após estímulos dolorosos. Essas alterações metabólicas geram um aumento de consumo de fontes proteicas e energéticas, propiciando um estado de hipermetabolismo com hiperglicemia e acidose láctica, impactando na perda do peso, que contribui para o aumento do tempo de hospitalização (MOURA; SOUSA, 2021).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

O presente estudo, trata-se de uma pesquisa de natureza aplicada, com objetivos de ordem exploratória e descritiva, fundamenta-se na abordagem quali-quantitativa, visto que a discussão, a análise de dados e a exposição dos resultados foram executadas por meio de uma análise descritiva, associada ao uso de software, gráficos, tabelas, além do próprio instrumento de coleta possuir questões discursivas e objetivas.

O referencial teórico aqui presente, compreende uma revisão integrativa de literatura, realizada através das bases de dados PubMed, SciELO e Google acadêmico, por meio dos descritores Dor; Dor neonatal; Avaliação da dor neonatal; Conhecimento sobre dor neonatal; UTI neonatal, sendo critérios de inclusão artigos escritos na língua portuguesa e inglesa, publicados no período de 2006 a 2020, e como critérios exclusão, artigos que fogem da temática abordada. Desta forma, o total de 27 artigos contemplam esse estudo. Já a aplicação prática da pesquisa de campo consistirá na aplicação do questionário acerca de concepções sobre dor e avaliação da dor neonatal de Sousa *et al.* (2006).

A coleta de dados foi realizada de forma online, pela disponibilização do questionário escolhido pelo autor, acerca das concepções sobre dor e avaliação da dor neonatal de Sousa *et al.* (2006), o mesmo foi enviado junto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) via *Google Forms*, objetivando abranger como participantes, profissionais que trabalhem compondo a equipe multiprofissional de hospitais e maternidades que possuem Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em São Luís.

A amostragem utilizada caracteriza-se em não probabilística, realizada por meio da técnica bola de neve de tipo exponencial, devido à dificuldade de acesso ao ambiente de terapia intensiva neonatal, por se tratar de um ambiente de acesso restrito, principalmente após o início da pandemia de COVID-19.

Portanto, a coleta de dados consistiu na aplicação do questionário acerca das concepções sobre dor e avaliação da dor neonatal proposto por Sousa *et al.* (2006). O instrumento possui o total de 12 perguntas, sendo destas, e baseia-se na escala de avaliação de dor neonatal Sistema de Codificação da Atividade Facial

(SCAFN) em uma de suas perguntas, com a finalidade de avaliar a identificação do momento real de dor expressa pelo RN.

O questionário foi transcrito na plataforma *Google Forms*, e disponibilizado via link diretamente a profissionais que se inserem como público alvo — equipe multiprofissional de UTIN de São Luís — e de acordo com a amostragem proposta, após às abordagens aos primeiros participantes, foi solicitado a esses, indicações e informações acerca de outros membros da população de interesse para a pesquisa, para então aborda-los. Apenas após a confirmação de participação por meio do TCLE, o participante conseguia ter acesso ao questionário, ao fim do processo, todos os participantes receberam uma cópia do TCLE assinada pela pesquisadora.

A coleta foi realizada por conveniência. Já a análise dos dados, foi realizada por meio de recursos manuais e computacionais, entre eles, *Google Forms*, *software Microsoft Excel* e a plataforma de análise estatística *Prism Graphpad 2019*. A discussão dos resultados fundamentou-se na exposição dos resultados por tabelas, gráficos, e imagens, aliado a comparação dos resultados obtidos com a literatura existente sobre o assunto.

A resolução N° 466/2012 referência a análise de risco como componente imprescindível à análise ética da pesquisa. Prevê ainda que devem ser analisadas possibilidades de danos imediatos ou posteriores, tanto no plano individual quanto no coletivo (BRASIL, 2012).

Visto que que toda pesquisa que envolve com seres humanos possui riscos em tipos e gradações variados, a aplicação do instrumento de pesquisa desse estudo, estará sujeita a riscos de origem psicológica, bem como a possibilidade de constrangimento por parte do participante ao responder o questionário, gerando consequências como desconforto, medo, vergonha, estresse, cansaço ao responder às perguntas. Além de possíveis quebra de sigilo, e/ou extravasamento de informações.

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo comitê de ética e pesquisa do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB), iniciou-se a coleta de dados, os participantes do estudo receberam explicação quanto ao propósito, os objetivos e os procedimentos da pesquisa e foi solicitado a confirmação do TCLE, só assim havendo possibilidade de resposta ao questionário, ao concluir as 12 perguntas, foi encaminhado uma cópia do TCLE assinada pelo pesquisador, ao participante. O pesquisador compromete-se ainda a garantir todos os direitos dos

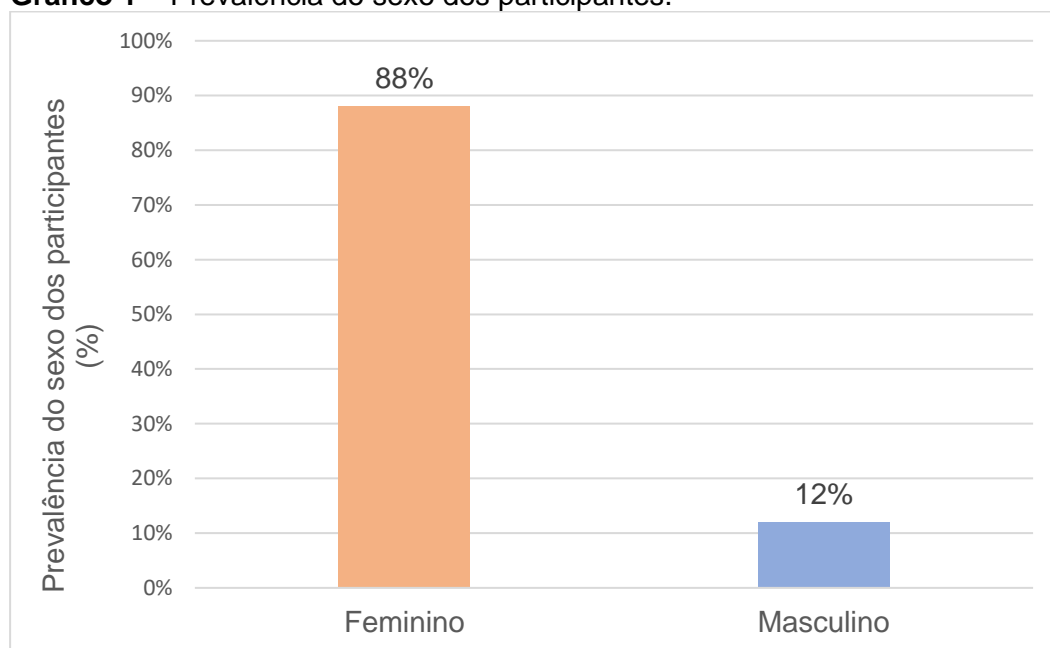
participantes, como o de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, bem como a privacidade de todos os participantes envolvidos. Desta forma o estudo será embasado nas resoluções de nº nº 510, de 07 de abril de 2016, e a resolução Nº 466/2012.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a metodologia proposta e os critérios de inclusão determinados, integraram essa pesquisa 25 participantes, profissionais da saúde que compõem equipes multiprofissionais de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de São Luís.

Com base nessa amostra, observou-se predominância do sexo feminino, com 22 participantes. Aliado a isso, dentre o número total de profissionais, a média de idade encontra-se em $35,04 \pm 7,5$, sendo a idade mínima 23 e a máxima 43.

Gráfico 1 – Prevalência do sexo dos participantes.



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

A prevalência do sexo feminino pode ser justificada com base no Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) que afirma que as mulheres representam 65% dos mais de 6 milhões de profissionais dos setores público e privado de saúde, tanto nas atividades diretas de assistência hospitalar, quanto na atenção básica de saúde (BRASIL, 2020).

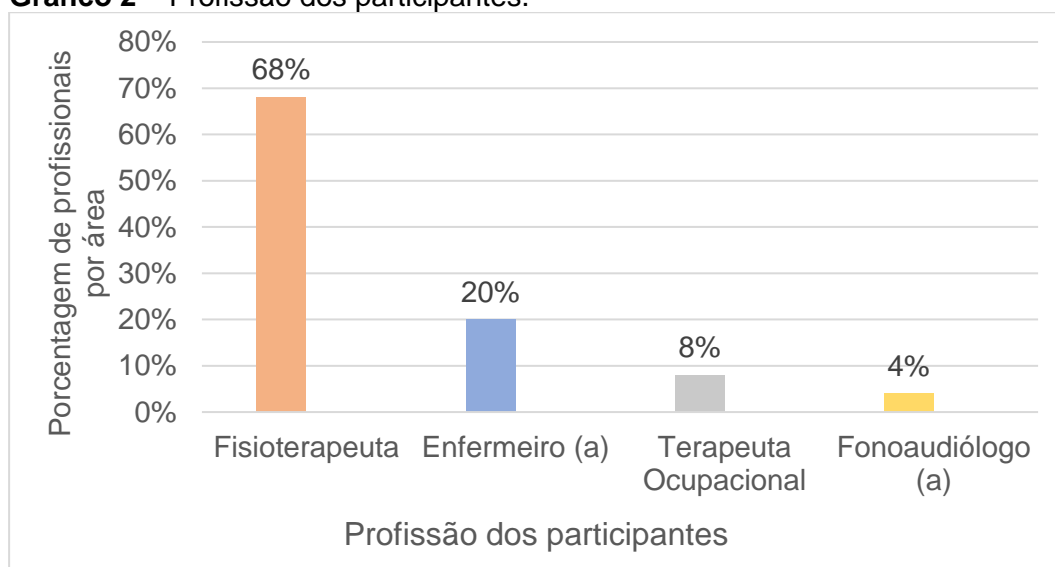
Os dados sociodemográficos obtidos corroboram com o estudo de Chermont *et al.* (2003) pela similaridade na média de idade de 35 anos, divergindo apenas na idade máxima de 54 anos.

Torna-se relevante essa semelhança no perfil sociodemográfico, devido a diferença no tamanho e perfil das amostras dos estudos, visto que Chermont *et al.* (2003) realizou o seu estudo com 104 médicos.

Quando se fala de predominância feminina na área da saúde, o IBGE, afirma que, em algumas profissões, como fonoaudiologia, nutrição e serviço social, a participação feminina ultrapassa a margem de 90%, já entre a enfermagem, fisioterapia e psicologia, os percentuais encontram-se acima de 80% (BRASIL, 2008).

Em relação às profissões encontradas nos resultados desta pesquisa, grande maioria corresponde a fisioterapeutas (17) e a menor parcela, representa terapeutas ocupacionais (2) (gráfico 2).

Gráfico 2 – Profissão dos participantes.

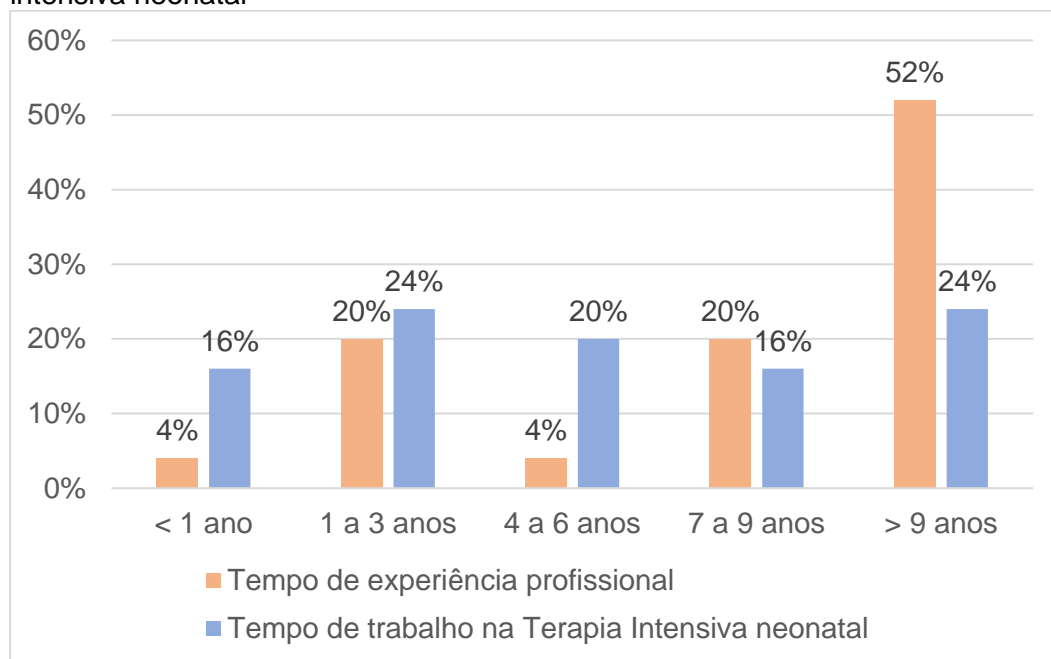


Fonte: Dados da pesquisa (2022).

As profissões descritas acima englobam grupos profissionais diferentes ao estudo de Capellini *et al.* (2014) que apesar de possuir similaridade metodológica com este estudo, foi realizado apenas com a equipe médica e de enfermagem. Essa divergência justifica-se exatamente pelo público alvo determinado por cada pesquisador.

Quanto ao tempo de experiência profissional, um pouco mais da metade (13) do número total de participantes (25) possuem experiência profissional >9 anos e apenas 1 participante possui menos de 1 ano de experiência (gráfico 3).

Gráfico 3 – Tempo de experiência profissional X tempo de trabalho na terapia intensiva neonatal



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Já em relação a experiência na área da neonatologia, apenas 6 profissionais possuem mais de 9 anos de experiência, (gráfico 3).

Desta forma, apesar da maioria dos participantes possuírem experiência profissional com tempo maior que 7 anos, mais da metade (15), encontram-se entre o 1° e o 6° ano de experiência específica na neonatologia.

Ao serem questionados sobre a capacidade do Recém-nascido em sentir dor, apenas 1 participante nega a afirmação, contra 24 que concordam. Dado semelhante ao encontrado no estudo de referência do questionário proposto por Sousa *et al.* (2006), que apresenta unanimidade entre os profissionais ao responderem esse questionamento.

De acordo com Campos (2018) essa informação sugere uma mudança quanto a concepção de dor nos RNs, em relação ao final da década de 70, onde acreditava-se que os neonatos não possuíam seu sistema nervoso completamente desenvolvido e, dessa forma, não eram capazes de sentir dor.

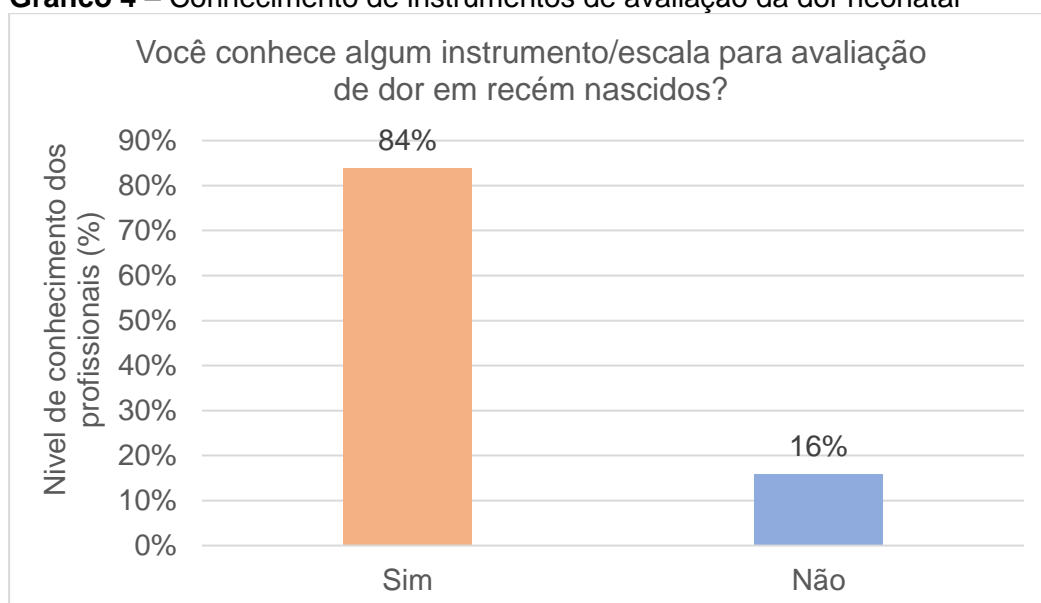
Quando questionados o motivo, fica claro que há uma relação direta as respostas comportamentais aos estímulos dolorosos causados dentro do ambiente de UTI/NEO por meio dos procedimentos invasivos executados pela própria equipe multiprofissional. Há relação direta dessa informação com um dado substancial encontrado, por meio da unanimidade por parte dos profissionais ao relatarem saber a importância do manejo da dor em RN na UTIN.

Ao que diz respeito as características de identificação da dor em RN's, todos os participantes (25) classificaram o choro como um indicador de dor, seguido de agitação (21), tremor de queixo (20), olhos espremidos (17), fronte saliente (15), recusa o peito (14), língua tensa (12) e sulco naso-labial aprofundado (12). Os demais indicadores apresentam porcentagens $\geq 25\%$, ou seja, citado por no máximo 6 participantes.

Porém, de acordo com os principais instrumentos traduzidos para avaliação da dor neonatal recusa o peito não é considerado indicador de dor no RN. Percebe-se então equívocos ao reconhecimento das características indicativas de dor, visto que indicadores relevantes como protusão de língua, boca aberta ou estirada, não possuíram porcentagem de citação relevante, e fatores não indicativos de dor como olhos espremidos e recusa o peito possuíram mais de 55% de citação cada.

Já em relação ao conhecimento dos instrumentos de avaliação da dor, 21 profissionais referem conhecer algum, em oposição a 4 que não conhecem nenhum instrumento.

Gráfico 4 – Conhecimento de instrumentos de avaliação da dor neonatal

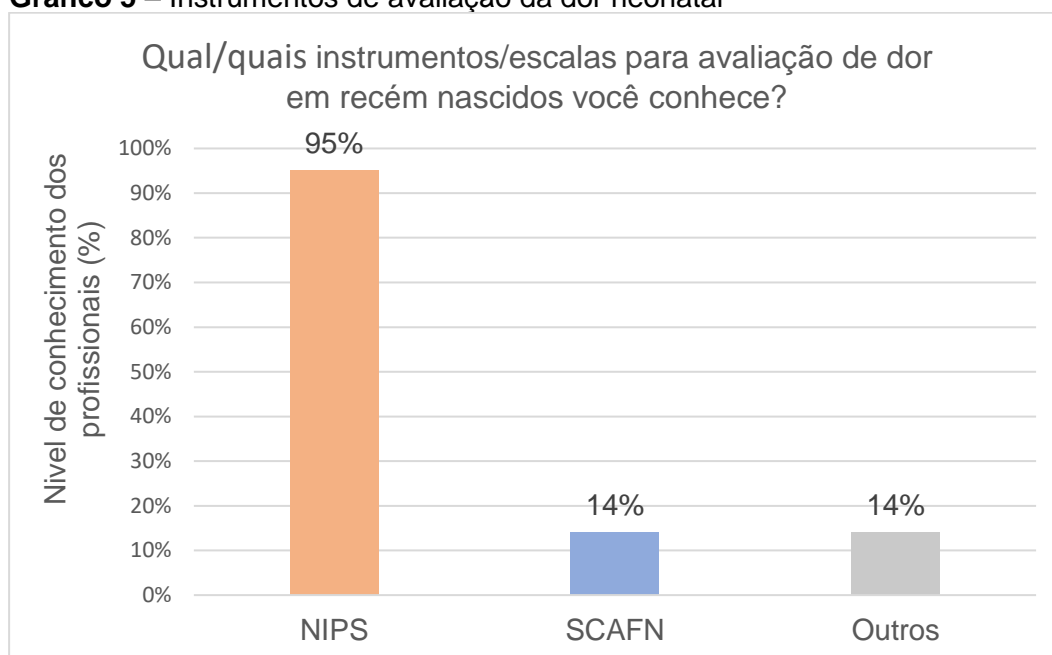


Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Sobre o conhecimento de escalas de avaliação da dor, os resultados obtidos, divergem ao estudo de Chermont *et al.* (2003) e Sousa *et al.* (2006), aos quais menos de 50% dos profissionais dos três grupo investigados no primeiro estudo afirmam conhecer alguma escala e 25,0% do segundo também afirmam o questionamento.

Acerca dos instrumentos avaliativos para dor citados pelos 21 participantes que responderam sim à questão anterior, a escala de avaliação da dor NIPS foi a mais citada, por 20 dos profissionais, seguida da escala SCAFN com 3 citações, já os instrumentos FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*), NPASS (*Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale*) e COMFORT foram citadas apenas 1 vez cada (gráfico 5).

Gráfico 5 – Instrumentos de avaliação da dor neonatal



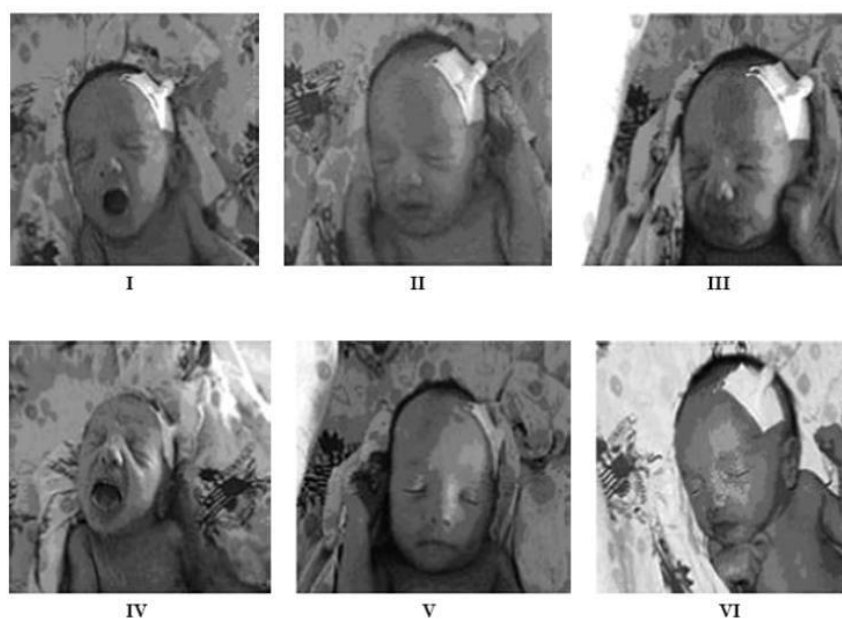
Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Portanto, considerando os últimos 2 gráficos apresentados, há um número considerável de profissionais que conhecem pelo menos 1 escala de avaliação de dor, ponderando que apenas 4 desconhecem os instrumentos.

Apesar de não haver muita diversidade no conhecimento de instrumentos de avaliação da dor, 21 participantes conhecem pelo menos 1 instrumento, valor esse considerável, de acordo com Sousa *et al.* (2006) que, afirma ainda a respeito da importância que o profissional que presta assistência ao recém-nascido conheça e domine pelo menos 1 instrumento de avaliação da dor.

Por fim, houve unanimidade entre os 25 participantes ao identificar a face de dor do recém-nascido (figura 8) que apresenta um recém-nascido com dor na imagem IV, de acordo com Silva *et al.* (2007), baseado na Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (SCAFN).

Figura 2 – Face de dor do Recém-nascido



Fonte: SILVA *et al.*, (2007).

Resultado importante, visto que, de acordo com Pereira *et al.* (2005) as alterações faciais constituem um dos eixos fundamentais no processo de identificação da expressão de dor em neonatos. Várias pesquisas indicam que a observação da expressão facial é um método sensível e útil para a avaliação da dor nessa população, por não ser invasivo, porém possuir efetividade e ser acessível.

A justificativa da escolha, fundamenta-se, de acordo com os participantes, na face expressiva de dor do RN, por meio dos olhos espremidos/fechados, boca aberta, sulco naso-labial aprofundado, língua tensa, testa franzida, mão fechada, agitação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o referencial teórico descrito, a Associação Internacional para o Estudo da Dor conceitua a dor como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial, possuindo importante função de defesa ao organismo e atuando como um sinal de alerta. Considera-se como consequências da dor neonatal alterações no neurodesenvolvimento e nos componentes somatossensoriais e emocionais, que podem perdurar até a vida adulta.

Em relação a avaliação da dor neonatal, existem atualmente 29 escalas validadas para a sua avaliação. Destas, 13 são escalas unidimensionais e 16 multidimensionais. As mais utilizadas são, o Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (SCAFN), a Escala de Avaliação de Dor (NIPS) e o Perfil de Dor do Prematuro (PIPP-R).

Diante dos resultados obtidos com a aplicação do questionário, considera-se que há um número considerável de profissionais que conhecem pelo menos 1 escala de avaliação de dor dentro do público investigado, porém existem equívocos ao reconhecimento das características indicativas de dor, visto que todos conseguem identificar uma face de dor por imagem, porém alguns indicadores descritivos de dor não possuíam número relevante de citação enquanto fatores não indicativos de dor sim. Divergindo assim da hipótese proposta, cujo embasamento consiste em estudos prévios.

Para tanto, sugere-se a realizações de mais pesquisas sobre o assunto, uma vez que este estudo possui desdobramento incomum em relação aos demais estudos semelhantes, apesar de dispor de uma amostra limitada em virtude do tempo determinado para a sua coleta.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C.O. *et al.* Emprego de soluções adocicadas no alívio da dor neonatal em recém-nascido prematuro: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 788-796, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000400021>. Acesso em: 30 set. 2022.
- ARAKAKI, V.S.N.M. *et al.* Mapeamento demográfico e caracterização do perfil de assistência fisioterapêutica oferecida nas unidades de terapia intensiva neonatais do Rio de Janeiro (RJ). **Fisioterapia e Pesquisa**, Rio de Janeiro, v.24, n. 2, p. 143-148, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/Mq7Crfnxj85MLHM7nm6TKLJ/?lang=pt>. Acesso em: 14 abr. 2022.
- BALDA, R.C.X; GUINSBURG, R. A linguagem da dor no recém-nascido. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, São Paulo. 2018. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/DocCient-Neonatal-Linguagem_da_Dor_atualizDEz18.pdf. Acesso em: 15 abr. 2022.
- BONI, M. **Neurociência cognitiva e plasticidade neural**: um caminho a ser descoberto. 2016. Orientador: Maria Preis Welter. Monografia (graduação) – FAI: Faculdade do Vale do Itapecuru, Disponível em: https://eventos.uceff.edu.br/eventosfai_dados/artigos/semic2016/391.pdf Acesso em: 05 Set 2022.
- BOTTEGA, F.H; FONTANA, R.T. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 19, n. 2, p. 283-290, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/gZNNrNTftvjFWrfWJyvWjRg/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 3 jun. 2022.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos 196/96, 303/2000 e 404/2008. Brasília, DF. o Conselho Nacional de Saúde 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 693, de 28 de novembro de 2018**. Dispõe sobre a avaliação de resultados pós-intervenção em empreendimentos realizados por meio de programas sob gestão do Ministério das Cidades, aprova o Manual de Orientações para Avaliação de Resultados e dá outras providências. Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), Setor Público. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.
- CAMPOS, A.P.S. Neonatal pain: knowledge, attitude and practice of the nursing team. **Brazilian Journal of Pain**, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 354-358, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/JNLj48rKBwm8m5p4QScQj9M/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 14 abr. 2022.
- CAPELLINI, V. K.; DARÉ, M. F.; CASTRAL, T. C.; CHRISTOFFEL, M. M. C.; LEITE, A. M.; SCOCHI, C. G. S. Conhecimento e atitudes de profissionais de saúde sobre avaliação e manejo da dor neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia,

Goiás, Brasil, v. 16, n. 2, p. 361–9, 2014. Disponível em:
<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/23611>. Acesso em: 15 nov. 2022.

CHERMONT, A.G. *et al.* O que os pediatras conhecem sobre avaliação e tratamento da dor no recém-nascido?. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 3, p. 265-272, 2003.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jped/a/Cvkb6sMYvF9XDRkqYqD5tJS/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em: 04 nov. 2022.

CONASEMS. **Protagonismo feminino na saúde:** mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS, 2020. Acesso em: 08 nov. 2022

COSTA, T.M.S *et al.* Medidas não-farmacológicas para alívio da dor de recém-nascidos em unidade de terapia intensiva neonatal. **Enfermagem Brasil**, Natal, v. 19, n. 6, p. 518-524, jan. 2021. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.33233/eb.v19i6.4422>. Acesso em: 14 abr. 2022.

CRUZ, C.T; STUMM, E.M.F. Instrumentation and implementation of pain evaluation scale in a Neonatal Intensive Care Unit. Case report, **Revista Dor**, Rio Grande do Sul, v. 16, n. 3, p. 232-234. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20150046>. Acesso em: 2 out. 2022.

DEPARTMENT OF MOLECULAR PHYSIOLOGY, UNIVERSITY OF HEIDELBERG. Disponível em http://www.molekulare-physiologie.de/int_pain_intro.html

DEWES, J.O. **Amostragem em bola de neve e respondente-Driven Sampling: uma descrição dos métodos.** 2013. Monografia (Graduação) – Departamento de Estatística. Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. 2013.

Disponível em:

<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/93246/000915046.pdf>. Acesso

em: 01 jun. 2022.

FERNANDES, J.D; MACHADO, M.C.R; OLIVEIRA, Z.N.P. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. São Paulo, v. 86, n. 1, p. 102-110, 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/abd/a/dRrxqvC3nJ7Sqc6dk99jRcy/?lang=pt#>. Acesso em: 14 abr. 2022.

FREITAS, Z.M.P; PEREIRA, C.U; OLIVEIRA, D.M.P. Escalas para avaliação de dor em neonatologia e sua relevância para a prática de enfermagem. **Revista Brasileira de Medicina**, Sergipe, v. 2, p. 18-24, 2012. Disponível em: Acesso em: 07 Out 2022.

IBGE. **População:** Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Brasília, 2008. Acesso em: 01 jun. 2022

JANEIRO, I.M.I. **Fisiologia da dor.** 2017. 63 p/f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2017. Disponível em:

<https://recil.ensinolusofona.pt/bitstream/10437/8904/1/Fisiologia%20da%20dor%20-%20Vers%C3%A3o%20Final%20-%202017.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2022.

KLAUMANN P.R; WOUK , A.F.P.F; SILLAS T. Patofisiologia da dor. **Veterinary Science**, Lisboa, v. 13, n.1, p.1-12, 2008.

LINHARES, M.B.M; DOCA, F.N.P. Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p. 307-325, 2010. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 set. 2022.

MAXWEL, L.G; FRAGA M.V, MALAVOLTA C.P. Assessment of Pain in the Newborn: An Update. **Clinics in Perinatology**, Philadelphia, v. 40, n. 3, p. 693-707, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31653303/>. Acesso em: 15 abr. 2022.

MORETE, M; MINSON, F.P. Instrumentos para a avaliação da dor em pacientes oncológicos. **Revista Dor**, São Paulo, v. 1, n. 11, p. 78-80, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n1/a1503.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2020.

MOTTA, G.C.P; CUNHA, L.C. Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 68, n. 1, p. 131-135, 2015. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/RnBcVwc9DjKRN73tW3k4TNr/?lang=pt#>. Acesso em: 17 abr. 2022.

MOURA, B.L.A. *et al.* Fatores associados à internação e à mortalidade neonatal em uma coorte de recém-nascidos do Sistema Único de Saúde, no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 23, p. 1-14, 2020. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/VFvZt6nYv9RwwNjzfK54hvH/?lang=pt#>. Acesso em: 16 abr. 2022.

MOURA, D.M; SOUZA, T.P.B. Knowledge of the neonatal intensive care unit nursing team about newborn pain. *BrJP*. 2021, v. 4, n. 3 [Acessado 3 Outubro 2022] , pp. 204-209. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210027>>. Epub 08 Out 2021. ISSN 2595-3192. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210027>.

OLIVEIRA, R.M. *et al.* Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery**. Fortaleza, v. 15, n. 2, p. 277-283, 2011. Disponível em:
[https://www.scielo.br/j/ean/a/Ty9PTzqNXXfSpHw6FDgfMCG/?lang=pt#:~:text=A%20maioria%20dos%20profissionais%20\(98,aliviar%20o%20sofrimento%20do%20beb%C3%AA](https://www.scielo.br/j/ean/a/Ty9PTzqNXXfSpHw6FDgfMCG/?lang=pt#:~:text=A%20maioria%20dos%20profissionais%20(98,aliviar%20o%20sofrimento%20do%20beb%C3%AA). Acesso em: 14 abr. 2022.

PEREIRA, A.L.S.T. *et al.* Validade dos parâmetros comportamentais e fisiológicos para a avaliação da dor de recém-nascidos a termo, 2005. Disponível em: <http://www.brazil/pednews.org.br/junh99/A99012.htm>. Acesso em: 16 out 2022.

PERRY, M. *et al.* Dor Neonatal: Percepções e Práticas Atuais. **Clínicas de enfermagem de cuidados intensivos da América do Norte**. *Connecticut*, v. 30, n.4, p. 549-561, 2018.

PROENÇA, M.O; AGNOLO, C.M.D. Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 279-286, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/X3CHfh8XvrdM6CSV7vgW3ct/?lang=pt#> . Acesso em: 3 Jun 2022.

REIS, L.C.C; GABARRA, L.M; MORE, C.L.O.O. As repercussões do processo de internação em UTI adulto na perspectiva de familiares. **Temas psicologia**. Ribeirão Preto, v. 24, n. 3, p. 815-828, 2016. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000300003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 03 jun. 2022.

SILVA, Y.P *et al.* Avaliação da dor em neonatologia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Minas Gerais, v. 57, n. 5, p. 565-574, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-70942007000500012>. Acesso em: 19 jun. 2022.

SOUSA, B.B.B. *et al.* Avaliação da dor como instrumento para o cuidar de recém-nascidos pré-termo. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Maranhão, v. 15, n. spe, p. 88-96, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/PJvCgjbBNg3qw5sSB8YqF7j/?lang=pt#ModalArticles>. Acesso em:14 abr. 2022.

Tamez RN, Silva MJ. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. 69-70p.

WALKER, S.M. Long-term effects of neonatal pain. **Seminars in fetal & neonatal medicine**, v. 24, n.4, p. 6-21, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30987942/> Acesso em: 26 maio 2022.

ANEXOS

ANEXO A – Questionário sobre concepções sobre dor e avaliação da dor neonatal.

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UNDB

ANEXO A – Questionário sobre concepções sobre dor e avaliação da dor neonatal.

1. IDENTIFICAÇÃO (Iniciais) _____
 Sexo F () M () Idade _____
2. Tempo de experiência profissional
 < que 1 ano 1 a 3 anos 4 a 6 anos
 7 a 9 anos mais de 9 anos
3. Há quanto tempo você trabalha na área de neonatologia?
 < que 1 ano 1 a 3 anos 4 a 6 anos
 7 a 9 anos mais de 9 anos
4. Em sua opinião as crianças prematuras sentem dor?
 Sim Não
 Por quê? _____
 Só responder se a resposta anterior for positiva
5. Quais as características de um recém-nascido prematuro com dor?
 chora fica agitado fica muito quieto
 recusa o peito boca aberta olhos espremidos
 boca estirada fronte saliente sulco naso-labial aprofundado
 língua tensa tremor do queixo protusão da língua
 outros. Quais: _____
6. Você acha importante tratar a dor no recém-nascido pré-termo?
 Sim Não
 Por quê? _____
7. Você conhece algum instrumento/escala para avaliação da dor no recém-nascido pré-termo?
 Sim Qual? _____
 Não
8. Aqui na UTI os recém-nascidos pré-termo recebem algum tipo de analgesia durante um procedimento doloroso?
 Sim Não Às vezes
 Caso a resposta tenha sido SIM ou ÀS VEZES. Em que casos ou procedimentos? _____
9. Olhe para este quadro e escolha a foto em que a face do recém-nascido é expressiva de dor
 Foto I Foto II Foto III
 Foto IV Foto V Foto VI
10. Por que você acha que a foto escolhida expressa dor? _____



I



II



III



IV

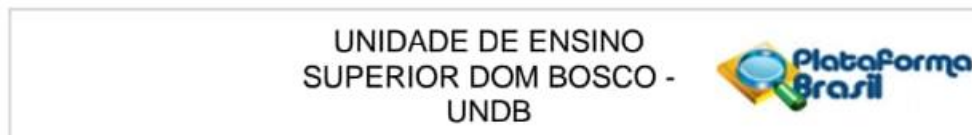


V



VI

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UNDB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise do conhecimento de equipes multiprofissionais quanto à avaliação da dor em pacientes internados em unidades de terapia intensiva neonatal de São Luís.

Pesquisador: Nelmar de Oliveira Mendes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62690322.4.0000.8707

Instituição Proponente: COLEGIO DOM BOSCO LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.621.858

Apresentação do Projeto:

A escassez de conhecimento acerca da dor neonatal e da sua devida avaliação constitui obstáculo aos cuidados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Com este desafio desenvolveu-se a proposta do estudo, centrando-o na análise do conhecimento de equipes multiprofissionais quanto à avaliação da dor em pacientes internados em unidades de terapia intensiva neonatal de São Luís. A pesquisa possui como objetivo geral analisar o conhecimento de equipes multiprofissionais quanto à avaliação da dor em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de São Luís.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o conhecimento de equipes multiprofissionais quanto à avaliação da dor em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de São Luís.

Objetivo Secundário:

a) Caracterizar clinicamente a dor neonatal, as suas possíveis causas e consequências e descrever os principais métodos e ferramentas indicados para a sua avaliação; b) Descrever os perfis profissionais de equipes multiprofissionais presentes em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, bem

Endereço: Avenida Colares Moreira, nº 443, Prédio Norte, Térreo, Sala CEP
Bairro: Renascença **CEP:** 65.075-441
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)4009-7074 **E-mail:** cep@undb.edu.br

UNIDADE DE ENSINO
SUPERIOR DOM BOSCO -
UNDB



Continuação do Parecer: 5.621.858

como suas atribuições e rotina de trabalho;c) Evidenciar o conhecimento sobre a avaliação da dor neonatal e os métodos avaliativos utilizados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Evidencia-se que toda pesquisa incorre em riscos para os participantes, porém os riscos relacionados à sua participação são mínimos, podendo ser de ordem psicológica, uma vez que poderá haver pequeno desconforto com relação as perguntas do pesquisador. Além disso, pode ocorrer da participação na pesquisa comprometer suas atividades diárias, tendo em vista o desprendimento de no máximo 30 (trinta) minutos de seu tempo.

Todavia, tais riscos são minimizados em virtude da contribuição de sua participação para a contribuição com a conscientização de toda equipe multiprofissional, quanto a avaliação da dor neonatal, como forma de auxiliar o seu manejo e diminuir suas consequências, otimizando assim o período de interação de um RN em uma UTIN, logo sem quaisquer implicações legais.

Benefícios:

A pesquisa poderá contribuir com a conscientização de toda equipe multiprofissional, quanto a avaliação da dor neonatal, como forma de auxiliar o seu manejo e diminuir suas consequências, otimizando assim o período de interação de um RN em uma UTIN, logo sem quaisquer implicações legais. Além de trazer evidências científicas para a comunidade acadêmica e profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma

pesquisa de campo de natureza aplicada, do tipo exploratória e descritiva, fundamentando-se na abordagem quali-quantitativa, com amostragem não probabilística, através da técnica bola de neve de tipo exponencial. Metodologia adequada, recursos previstos e equipe condizentes com o escopo da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

-FOLHA DE ROSTO: devidamente assinada.

-PROJETO DETALHADO: adequado, com todas as etapas do trabalho.

Endereço: Avenida Colares Moreira, nº 443, Prédio Norte, Térreo, Sala CEP
Bairro: Renascença **CEP:** 65.075-441
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)4009-7074 **E-mail:** cep@undb.edu.br

UNIDADE DE ENSINO
SUPERIOR DOM BOSCO -
UNDB



Continuação do Parecer: 5.621.858

TCLE: linguagem com termos acessíveis ao público-alvo do estudo, informando os riscos e benefícios ao participante.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todos os procedimentos e documentos estão de acordo com a Resolução Nº 466/2012, por isso não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Resolução 466/2012 do CONEP, item XI.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|---------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1876945.pdf | 11/08/2022 11:01:01 | | Aceito |
| Outros | QUESTIONARIO.pdf | 11/08/2022 10:59:31 | Nelmar de Oliveira Mendes | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO.docx | 11/08/2022 10:44:59 | Nelmar de Oliveira Mendes | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTO.docx | 11/08/2022 10:44:40 | Nelmar de Oliveira Mendes | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA.docx | 11/08/2022 10:43:01 | Nelmar de Oliveira Mendes | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE1.docx | 11/08/2022 10:42:42 | Nelmar de Oliveira Mendes | Aceito |
| Folha de Rosto | folharosto.pdf | 11/08/2022 10:40:01 | Nelmar de Oliveira Mendes | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Colares Moreira, nº 443, Prédio Norte, Térreo, Sala CEP
Bairro: Renascença **CEP:** 65.075-441
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)4009-7074 **E-mail:** cep@undb.edu.br

Página 03 de 04

UNIDADE DE ENSINO
SUPERIOR DOM BOSCO -
UNDB



Continuação do Parecer: 5.621.858

SAO LUIS, 02 de Setembro de 2022

Assinado por:
Johnny Ramos do Nascimento
(Coordenador(a))