

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CARLA PEREIRA NOGUEIRA FURRIEL

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUANTO
AO MANEJO DA DOR DO RECÉM-NASCIDO NO ALOJAMENTO CONJUNTO**

Rio de Janeiro

2023

CARLA PEREIRA NOGUEIRA FURRIEL

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUANTO
AO MANEJO DA DOR DO RECÉM-NASCIDO NO ALOJAMENTO CONJUNTO**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora no Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Saúde da Criança e Adolescente.

Orientadora: Prof^a Dra. Marialda Moreira Christoffel.

Rio de Janeiro

2023

CIP - Catalogação na Publicação

P989c Pereira Nogueira Furriel, Carla
CONHECIMENTO E PRÁTICA DE PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM QUANTO AO MANEJO DA DOR DO RECÉM-NASCIDO
NO ALOJAMENTO CONJUNTO / Carla Pereira Nogueira
Furriel. -- Rio de Janeiro, 2023.
141 f.

Orientador: Marialda Moreira Christoffel.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2023.

1. Dor . 2. Alojamento Conjunto. 3. Enfermagem
neonatal. 4. Conhecimento e práticas em Saúde. I.
Moreira Christoffel, Marialda, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a),
sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

CARLA PEREIRA NOGUEIRA FURRIEL

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUANTO
AO MANEJO DA DOR DO RECÉM-NASCIDO NO ALOJAMENTO CONJUNTO**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 24/07/2023.

Presidente

Profa. Dra Elisa da Conceição Rodrigues. EEAN/UFRJ.

1ª Examinadora

Profa. Dra. Ana Luiza Dorneles da Silveira. EEAAC/UFF.

2ª Examinadora

Profa. Dra. Ana Letícia Monteiro Gomes. EEAN/UFRJ.

Suplente

Prof. Dra. Danielle Lemos Querido. UFRJ/ME.

AGRADECIMENTO

Ao meu Senhor Jesus que durante todo esse período me sustentou e abençoou, me dando saúde e força.

Ao meu filho Rafael que mesmo em sua infância sempre está com olhar de amor e ternura. Você é a razão de todo meu empenho e esforço para ser sempre melhor, te amo minha vida.

À minha família amada que de alguma forma em todo esse processo me amparou e me deu carinho, estando sempre disponíveis para ajudar.

À minha orientadora Marialda Moreira Christoffel, por toda paciência, competência e incentivo. Obrigada pela confiança e pela disponibilidade e por todo empenho oferecido a mim.

À Ana Paula Vieira dos Santos que sempre me apoiou e incentivou para que a continuidade do trabalho da enfermagem seja de excelência, obrigada por todo conhecimento compartilhado, e por ser essa pessoa alegre que sempre me tira o sorriso.

Às professoras Elisa da Conceição Rodrigues, Maria Estela Diniz e Ana Letícia Gomes pelas considerações importantes para esta pesquisa desde o início do projeto, vocês foram essenciais durante esse processo.

À minha coordenadora Juliana Melo Jennings que durante esse período sempre esteve ao meu lado, oferecendo seu apoio, que participou de forma direta para contribuição do estudo, obrigada pela sua amizade.

Aos meus colegas de técnicos de enfermagem e enfermeiros que participaram da pesquisa.

Aos meus colegas do Grupo de pesquisa, que me acompanharam durante todo esse processo.

Obrigada a todos que não consegui citar, mas que de alguma forma participou desse processo comigo, meu muito obrigada.

RESUMO

FURRIEL, Carla Pereira Nogueira. **Conhecimento e prática dos profissionais de enfermagem quanto ao manejo dor do recém-nascido no alojamento conjunto.** Rio de Janeiro. 2023. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Introdução: O alojamento conjunto (AC) destina-se aos recém-nascidos clinicamente estáveis. Esses recém-nascidos vivenciam vários procedimentos dolorosos que fazem parte da rotina de cuidados, tais como: coleta de sangue, punção de calcâneo e injeções intramusculares. **Objetivo geral:** Analisar o conhecimento e a prática do manejo da dor na assistência ao recém-nascido pelos profissionais de enfermagem em uma unidade do alojamento, segundo referencial metodológico i-PARIHS (*Promoting Action on Research Implementation in Health Services Framework*). **Objetivos específicos:** descrever o conhecimento e a prática dos profissionais de enfermagem quanto a avaliação, tratamento e registro da dor do recém-nascido no alojamento conjunto; descrever as barreiras e os facilitadores para a realização da avaliação, tratamento e registro da dor do recém-nascido no alojamento conjunto apontados pelos profissionais de enfermagem; avaliar a correlação entre conhecimento e prática entre os profissionais de enfermagem quanto a avaliação, tratamento e registro da dor do recém-nascido no alojamento conjunto; dimensionar em tipo e quantidade a exposição dos recém-nascidos aos procedimentos dolorosos até o quarto dia de internação no alojamento conjunto através dos prontuários. **Método:** estudo descritivo, com abordagem quantitativa. Participaram do estudo 28 profissionais de enfermagem que atuam no alojamento conjunto. Quanto aos prontuários foram analisados 72 prontuários de recém-nascidos internados no setor no período de junho a setembro de 2021. Os dados foram importados para programa IBM SPSS Statistics version 2, e foi realizada análise estatística descritiva. **Resultados:** Quanto ao conhecimento, 80% dos técnicos/auxiliar de enfermagem e enfermeiros 92,3% concordam totalmente/parcialmente que a dor é considerada um dos sinais vitais do recém-nascido. A maioria dos técnicos/auxiliar de enfermagem (86,6%) e dos enfermeiros (69,3%) concorda totalmente/parcialmente que a dor do recém-nascido do AC muitas vezes não é reconhecida pelos profissionais de saúde. Quanto ao uso de escala de avaliação da dor, a maioria dos técnicos/auxiliar (93,4%) e dos enfermeiros (100%) concorda totalmente/parcialmente que o uso de escalas de avaliação da dor do recém-nascido no AC é importante para a prática profissional. Quando perguntamos para os participantes se utilizavam alguma escala de dor, a maioria (79,9% dos técnicos/auxiliar e 69,2% dos enfermeiros) informou nunca tê-las utilizado em sua prática. Na associação das respostas entre conhecimentos e práticas, os resultados demonstram que os profissionais de enfermagem tinham conhecimento sobre o tema abordado, porém há uma dificuldade de aplicá-los na prática. Em relação às principais barreiras apontadas, destaca-se: ausência de protocolo e escala de avaliação de dor. Quanto aos facilitadores citados: estratégias não farmacológicas da dor, enfermarias com informações ilustrativas. Dos 72 prontuários analisados, os recém-nascidos em questão foram submetidos a um total de 500 procedimentos. A média de procedimentos dolorosos durante a internação foi de 5,4 por recém-nascido, com mediana de 6. **Conclusão:** O estudo demonstrou que grande parte dos profissionais de enfermagem tem conhecimento sobre manejo da

dor, porém há uma dificuldade na avaliação, registro e anotação em prontuário. A análise documental dos prontuários mostrou a escassez do registro e anotação de enfermagem referente ao manejo da dor. A principal recomendação é a implantação de uma escala de dor no local da pesquisa.

Palavras-chave: Dor; Alojamento Conjunto; Enfermagem Neonatal; Conhecimento e Práticas em Saúde.

ABSTRACT

FURRIEL, Carla Pereira Nogueira. **Knowledge and practice of nursing professionals regarding the management of newborns in rooming-in.** Rio de Janeiro. 2023. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Introduction: Rooming-in (AC) is intended for clinically stable newborns, these newborns experience several painful procedures that are part of the care routine such as: blood collection, calcaneal puncture and intramuscular injections. **General objective:** To analyze the knowledge and practice of pain management in newborn care by nursing professionals in a rooming-in unit, according to the i-PARIHS (Promoting Action on Research Implementation in Health Services Framework) methodological framework. **Specific objectives:** to describe the knowledge and practice of nursing professionals regarding the assessment, treatment and recording of newborn pain in rooming-in; to describe the barriers and facilitators to the assessment, treatment and recording of newborn pain in rooming-in pointed out by nursing professionals; to evaluate the correlation between knowledge and practice among nursing professionals regarding the assessment, treatment and recording of newborn pain in rooming-in; to measure in type and quantity the exposure of newborns to painful procedures up to the fourth day of hospitalization in the rooming-in through medical records. **Method:** a descriptive study with a quantitative approach. The study included 28 nursing professionals working in rooming-in. As for the medical records, 72 medical records of newborns hospitalized in the sector from June to September 2021 were analyzed. Data were imported into the IBM SPSS Statistics version 2 program and a descriptive statistical analysis was performed. **Results:** Regarding the knowledge (80%) of nursing technicians/assistants and nurses (92.3%) they totally/partially agree that pain is considered as one of the vital signs of the newborn. The majority of technicians/nursing assistants (86.6%) and nurses (69.3%) totally/partially agree that the pain of newborn in the AC is often not recognized by health professionals. Regarding the use of a pain assessment scale, the majority of technicians/assistants (93.4%) and nurses (100%) totally/partially agree that the use of pain assessment scales for newborns in the AC is important for the professional practice. When we asked the participants if they used any pain scales, the majority (79.9% technicians and 69.2% nurses) reported never used in their practice. In the association of the answers about knowledge and practices, the results show that the nursing professionals had knowledge about the theme addressed, but there is a difficulty in applying them in practice. Regarding the main barriers pointed out: lack of protocol and pain assessment scale. As for the cited facilitators: non-pharmacological pain strategies, wards with illustrative information. Of the 72 medical records analyzed, newborns submitted to a total of 500 procedures. The mean number of painful procedures during hospitalization was 5.4 per NB, with a median of 6. **Conclusion:** The study showed that most nursing professionals have knowledge about pain management, however, there is difficulty in evaluation, recording and noting in the medical record. The documental analysis of medical records showed the scarcity of records and nursing notes regarding pain management. The main recommendation is to implement a pain scale at the research site.

Keywords: Pain; Rooming-in; Neonatal Nursing; Knowledge and Practices in Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura PARIHS para i-PARIHS, 2016	40
Figura 2 – Resumo do modelo i-PARIHS para cenário local	42
Figura 3 – Indicadores do Alojamento Conjunto – ME	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização do corpus de análise da revisão bibliográfica. Rio de Janeiro, 2021.....	22
Quadro 2 – Resumo dos principais métodos não farmacológicos utilizados em recém-nascidos a termo.....	35
Quadro 3 – Descrição da escala da equipe de enfermagem.....	47
Quadro 4 – Síntese da etapa de pré-intervenção segundo as dimensões do Contexto (interno e externo) da estrutura i-PARIHS, Rio de Janeiro, 2023.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Participação dos profissionais de enfermagem de acordo com a categoria profissional	46
Tabela 2 – Percentual de Concordância entre juízes quanto à abrangência dos domínios.....	52
Tabela 3 – Concordância entre juízes utilizando Índice de Validade de Conteúdo (IVC) por item do instrumento	54
Tabela 4 – Concordância entre juízes utilizando Índice de Validade de Conteúdo (IVC) por item do instrumento	55
Tabela 5 – Percentual de Concordância entre juízes quanto a clareza e representatividade do domínio barreira/facilitação	57
Tabela 6 – Caracterização dos profissionais de enfermagem, de acordo com idade, sexo, formação profissional, tempo de atuação, vínculo profissional, curso/treinamento no manejo da dor do recém-nascido no alojamento conjunto. Rio de Janeiro, 2023.....	65
Tabela 7 – Conhecimento dos profissionais de enfermagem no manejo da dor do recém-nascido no alojamento conjunto. Rio de Janeiro, 2023	69
Tabela 8 – Prática dos profissionais de enfermagem no manejo da dor do recém-nascido no alojamento. Rio de Janeiro, 2023.....	77
Tabela 9 – Associação do conhecimento entre os profissionais de enfermagem quanto ao manejo da dor do recém-nascido no alojamento conjunto. Rio de Janeiro, 2023.....	81
Tabela 10 – Associação das práticas dos profissionais de enfermagem quanto ao manejo da dor do recém-nascido no alojamento conjunto. Rio de Janeiro, 2023.....	82
Tabela 11 – Fatores que geram barreiras para o manejo da dor no alojamento conjunto. Rio de Janeiro, 2023.....	84
Tabela 12 – Facilitadores no manejo da dor no alojamento conjunto. Rio de Janeiro, 2023	85
Tabela 13 – Número de procedimentos dolorosos por dia de internação no alojamento conjunto. Rio de Janeiro, 2023	86

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

AC	Alojamento Conjunto
CIHR	Institutes of Health Research
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CPP	Conselho de Pesquisa Prática
DeCS	Descritores das Ciências em Saúde
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
i-PARIHS	Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services
MS	Ministério da Saúde
NUPESC	Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PARIHS	Promoting Action on Research Implementation in Health Services
PBE	Prática Baseada em Evidências
POP	Procedimento Operacional Padrão
RN	Recém-nascido
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA	14
1.2	PROBLEMÁTICA.....	15
1.3	OBJETIVO GERAL.....	19
1.4	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
1.5	JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....	20
1.6	CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO.....	25
2	BASES CONCEITUAIS.....	27
2.1	ALOJAMENTO CONJUNTO.....	27
2.2	A DOR DO RECÉM-NASCIDO.....	29
2.2.1	Fisiopatologia e tipos de dor.....	30
2.3	PROCEDIMENTOS DOLOROSOS EM RECÉM-NASCIDOS	31
2.4	AVALIAÇÃO DA DOR.....	33
2.5	MEDIDAS DE ALÍVIO DA DOR	34
3	REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	38
4	MÉTODO.....	42
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	42
4.2	LOCAL DE ESTUDO	42
4.3	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	46
4.4	TIPO DE AMOSTRA.....	46
4.5	PERÍODO PANDEMIA COVID-19	47
5	COLETA DE DADOS	49
5.1	ADAPTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE PESQUISA.....	50
5.1.1	Critérios para escolha dos avaliadores	51
5.1.2	Caracterização do comitê	51
5.2	DIMENSIONAMENTO DA DOR DO RECÉM-NASCIDO.....	59
6	ANÁLISE DOS DADOS.....	61
7	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	62
8	RESULTADOS	64
8.1	ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS	64
8.1.1	Caracterização dos profissionais de enfermagem	64
8.1.2	Conhecimento dos profissionais de enfermagem.....	66
8.1.3	Prática dos profissionais de enfermagem.....	72
8.1.4	Associação do conhecimento entre profissionais de enfermagem.....	80
8.1.5	Associação da prática entre profissionais de enfermagem	82

8.2	BARREIRAS E FACILITADORES	84
8.3	ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS DOS RECÉM-NASCIDOS	85
9	DISCUSSÃO.....	88
9.1	CONHECIMENTO E PRÁTICA SOBRE DOR	91
9.2	MEDIDAS DE ALÍVIO NÃO FARMACOLÓGICAS.....	93
9.3	BARREIRAS E FACILITADORES	96
9.4	REGISTRO DA DOR	101
10	CONCLUSÃO.....	104
11	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	106
	REFERÊNCIAS.....	107
	APÊNDICES	114
	APÊNDICE A – TCLE PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	115
	APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE DADOS	117
	APÊNDICE C – FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL.....	118
	APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO EXTRAÍDO DO <i>GOOGLE FORMS</i>®.....	119
	APÊNDICE E – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DE UTILIZAÇÃO DE DADOS	129
	ANEXOS	130
	ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO ORIGINAL CEDIDO PELO GRUPO DE PESQUISA	131
	ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	133
	ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	134
	ANEXO 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	135

ANEXO 5 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	136
ANEXO 6 – ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM NEONATAL	137
ANEXO 7 – PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	138

1 INTRODUÇÃO

1.1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

O presente estudo vincula-se ao Grupo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde do Recém-nascido e sua Família/CNPQ (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), associado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

O interesse pela pesquisa na temática do recém-nascido (RN) surgiu durante o 4º período do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia, na Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ), cursado em 2015.

No estágio do Programa Curricular Interdepartamental V (PCI-V), executado na Maternidade Escola da UFRJ, observou-se a rotina do alojamento conjunto (AC), despertando assim o interesse pelos RNs. Em outubro de 2017, integrou-se ao quadro de servidores técnico-administrativos da UFRJ como técnica de enfermagem, atuando na unidade do AC da Maternidade Escola. Durante esse período, ampliaram-se os conhecimentos e práticas acerca da assistência de enfermagem ao binômio mãe-bebê.

Nas interações diárias com os RNs no AC, foram observados e realizados procedimentos de enfermagem, incluindo: punção venosa periférica, punção de calcâneo, aplicação de injeções intramusculares e verificação de sinais vitais. Embora tais procedimentos sejam respaldados por diagnósticos médicos e prescrições, ressaltou-se a ausência de um protocolo ou fluxograma para alívio da dor provocada por intervenções justificadas. Diante dessa constatação, percebeu-se a relevância de se dedicar a essa área, ampliando a expertise científica sobre o manejo da dor em RNs, beneficiando assim outros profissionais da área.

Concluída a graduação em enfermagem em dezembro de 2017, iniciou-se o curso de pós-graduação em obstetrícia em agosto de 2018. Esse curso propiciou uma compreensão aprofundada sobre a assistência de enfermagem ao binômio mãe-bebê, permitindo uma reorientação da trajetória acadêmica em direção à pesquisa em saúde da criança, com enfoque no RN. Após concluir a pós-graduação em Obstetrícia,

matriculou-se no curso de Mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/UFRJ) em agosto de 2019.

1.2 PROBLEMÁTICA

Anualmente, no Brasil, registram-se cerca de 3 milhões de nascimentos, envolvendo aproximadamente 6 milhões de indivíduos entre parturientes e seus respectivos bebês. Cerca de 98% desses nascimentos ocorrem em estabelecimentos hospitalares, sejam eles públicos ou privados. Logo, o ato de nascer impacta regularmente uma significativa parcela da população brasileira, levando-se em conta as famílias e seus contextos sociais (BRASIL, 2017).

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2019 o Brasil teve um total de 2.812.030 nascidos vivos (IBGE, 2021). Em complemento, o DATASUS, em sua última atualização, ressalta que o Estado do Rio de Janeiro apresentou aproximadamente 207.989 nascimentos no mesmo ano (BRASIL, 2021).

No referido ano, somente no município do Rio de Janeiro, foram contabilizados cerca de 76.803 nascidos vivos. Esse número corresponde a 36,93% do total de RNs vivos em todo o estado, evidenciando assim as regiões com maior concentração de nascimentos (BRASIL, 2021).

Embora 98% dos partos no Brasil sejam realizados em hospitais, o Ministério da Saúde, em 2017, destacou que a cultura de nascimento em ambiente hospitalar se caracteriza pela adoção de diversas tecnologias e procedimentos com a finalidade de aumentar a segurança para mãe e bebê. Se, por um lado, o progresso da obstetrícia influenciou positivamente os indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal, por outro, culminou em um modelo que percebe a gravidez, o parto e o nascimento como patológicos e não como manifestações naturais de saúde. Isso expõe mulheres e RNs a elevadas taxas de intervenções, as quais deveriam ser aplicadas com parcimônia e somente em situações de real necessidade, não de forma rotineira (BRASIL, 2017).

Dessa maneira, nota-se que os maiores riscos de desfechos negativos para os RNs incluem: uso de oxigênio, internação em UTI neonatal, hipoglicemia, problemas respiratórios, icterícia neonatal e atraso no início do aleitamento materno,

especialmente naqueles que vêm ao mundo por meio de cesariana sem trabalho de parto (LEAL, 2018).

Na prática assistencial, nota-se que o RN de risco habitual ou de médio risco permanece com sua mãe no AC. Esse neonato também é submetido a procedimentos que podem causar dor ou desconforto. A despeito de reconhecimento por parte de alguns profissionais de saúde sobre a ocorrência de dor em RNs, sua avaliação, muitas vezes, é empírica nos contextos assistenciais (RIDEELL *et al.*, 2016).

A apreciação da dor neonatal configura-se como um desafio para os profissionais de enfermagem, devido à impossibilidade do neonato de expressar sua própria dor. O manejo dessa dor recai como uma atribuição central dos enfermeiros.

Segundo Perry *et al.* (2018), houve consenso entre os enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) quanto à responsabilidade de prevenção da dor do neonato ser sua. No entanto, expressaram que médicos colegas de equipe não priorizavam o controle da dor tanto quanto os enfermeiros da UTIN. Os paradigmas aceitos sobre a dor em RNs pelos enfermeiros impactam diretamente as decisões tomadas durante a assistência (PERRY *et al.*, 2018).

A ética e a promoção da segurança no intuito de assegurar o tratamento eficaz para o controle da dor são deveres dos profissionais da saúde que atendem o neonato. Tal cuidado é respaldado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) através da Resolução 41 de 13 de outubro de 1995. Essa resolução lista, entre os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, no item 7, o "Direito a não sentir dor, enquanto houver meios para evitá-la". Contudo, pesquisas recentes indicam que ainda persistem desafios na análise e compreensão da dor do neonato por parte dos profissionais (MOURA; SOUZA, 2021).

Conforme apontado pela Academia Americana de Neonatologia (2016), apenas metade dos procedimentos dolorosos realizados em neonatos foi devidamente tratada. Há ampla variação nas práticas de controle da dor entre as unidades, revelando que lacunas no conhecimento, avaliação e tratamento da dor neonatal ainda persistem, levando a desafios no seu manejo.

Os profissionais de enfermagem possuem conhecimento sobre a avaliação e tratamento da dor neonatal. No entanto, faz-se necessário a atualização e capacitação desses profissionais com base nas melhores evidências científicas disponíveis (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

O primeiro estudo conduzido no Brasil em uma unidade neonatal de baixo risco com RNs foi exercido por Bueno e Silva (2007). Após a análise de 156 prontuários, identificou-se os principais procedimentos dolorosos realizados nesses neonatos. Dentre eles, destacam-se: aplicação de medicamentos por via intramuscular, punção venosa, punção arterial, punção capilar de calcâneo, lavagem gástrica e aspiração das vias aéreas.

No AC, os RNs são submetidos a diversos procedimentos dolorosos nas primeiras 24 horas de vida, com objetivos diagnósticos e terapêuticos. Estes incluem: injeções intramusculares, coletas de sangue e punção de calcâneo – sendo este último um dos procedimentos mais frequentemente realizados em neonatos saudáveis e a termo (MELO; QUERIDO; MAGESTI, 2022).

Experiências dolorosas recorrentes e não tratadas durante a internação em estágios iniciais da vida podem causar danos ao neurodesenvolvimento e ao comportamento, acarretando consequências adversas a curto e longo prazo (GASPARDO *et al.*, 2018). O impacto duradouro dessas agressões fisiológicas pode resultar em problemas cognitivos e déficit de atenção durante a vida escolar, tornando também o neonato prematuro mais suscetível a lesões neurológicas (MOURA; SOUZA, 2021).

De acordo com as Diretrizes para a Organização da Atenção Integral e Humanizada à Mulher e ao Recém-Nascido no Alojamento Conjunto (BRASIL, 2016), o Art. 6º estabelece que é de competência da equipe multiprofissional no Alojamento Conjunto: “XIII - adotar técnicas não farmacológicas de prevenção/redução da dor para a coleta de sangue e outros procedimentos dolorosos” (BRASIL, 2016, p. 120). Reitera-se que avaliar, prevenir e controlar a dor são medidas essenciais e devem ser priorizadas na assistência por meio de estratégias não farmacológicas (MACIEL *et al.*, 2019).

A implementação de estratégias para alívio da dor em RNs cabe à equipe multiprofissional, com destaque especial à equipe de enfermagem, cuja presença é garantida por 24 horas contínuas nas instituições de saúde, especialmente nos hospitais. A equipe de enfermagem mantém assistência ao paciente durante todo o período de internação (OLIVEIRA, 2021).

Várias barreiras têm dificultado o manejo adequado da dor pelos profissionais de saúde em unidades neonatais, tais como a falta de conhecimento e a resistência a mudanças (OLIVEIRA *et al.*, 2016). A significativa expansão do conhecimento

científico nos anos recentes apresenta desafios para sua assimilação ágil e eficaz por aqueles envolvidos na assistência. Muitas dificuldades podem surgir da aplicação inadequada desse conhecimento ou até mesmo de sua ausência na prática (BRASIL, 2017).

Torna-se essencial disponibilizar os benefícios do conhecimento gerado ao maior número de indivíduos e instituições, avaliando o impacto das intervenções tanto do ponto de vista da promoção da saúde quanto da minimização de danos. Além disso, é necessário eliminar ou substituir práticas comprovadamente ineficazes e onerosas (VIEIRA; GESTALDO; HARRISON, 2020).

É imprescindível que a produção e disseminação de conhecimento sobre a dor neonatal sejam integradas à prática assistencial e que sejam planejadas e executadas ações de tradução desse conhecimento e sua implementação. Os conceitos "tradução do conhecimento" e "ciência da implementação" são, em determinados contextos, tratados como sinônimos (BUENO, 2012). Adicionalmente, pesquisas recentes visam a estabelecer uma assistência embasada em evidências científicas de maneira organizada e coesa, promovendo a tradução desse conhecimento entre profissionais e instituições de saúde.

O emprego de modelos, estruturas e teorias é fundamental para a tradução e implementação científica. Existem inúmeras opções dessas ferramentas. Neste estudo, adotar-se-á a estrutura *Integrated - Promoting Action on Research Implementation in Health Services*¹ (i-PARIHS) para descrever fatores determinantes na implementação da ciência. Tais fatores, frequentemente descritos como barreiras e facilitadores, podem influenciar os resultados da implementação e englobam o contexto, as particularidades da intervenção, as características dos indivíduos envolvidos no processo, o apoio local e organizacional, entre outros aspectos (HARVEY; KITSON, 2016).

Através desse método, uma pesquisa realizada na China avaliou a implantação de um programa neonatal baseado em evidências, conhecido como "mãe canguru", recentemente adotado em hospitais chineses. Por meio de observações clínicas e entrevistas semiestruturadas com 10 médicos e 18 enfermeiros em cinco hospitais terciários, foram identificados os fatores que influenciaram uma implementação bem-sucedida (YUE *et al.*, 2022).

¹ Em português: Estrutura Integrada de Promoção da Ação na Implementação de Pesquisa em Serviços de Saúde.

Assim, a efetivação de uma intervenção educativa, orientada pela estrutura i-PARIHS, pode auxiliar a suprimir a discrepância entre teoria e prática profissional, aprimorando a assistência.

Exemplos de estratégias para tradução do conhecimento, focados no uso de medidas não farmacológicas de alívio da dor neonatal, estão disponíveis em plataformas virtuais, como o YouTube. O vídeo "Seja Doce com os Bebês"² ilustra os efeitos da amamentação, do contato pele a pele e das soluções adocicadas no alívio da dor procedural. Pesquisas sugerem que pais e enfermeiros avaliam o vídeo como útil, de fácil compreensão e aplicabilidade em cenários reais (BUENO *et al.*, 2018).

Torna-se essencial entender as necessidades específicas dos serviços de saúde, realizando, assim, um diagnóstico situacional do ambiente. Tal compreensão deve emergir da perspectiva daqueles que utilizam o espaço, incluindo profissionais de saúde, usuários e a administração local.

Diante disso, a questão de pesquisa proposta foi: "Qual é o conhecimento e as práticas dos profissionais de enfermagem em relação ao manejo da dor em RNs de baixo e médio risco submetidos a procedimentos considerados dolorosos?"

O estudo parte da seguinte hipótese: "Os profissionais de enfermagem possuem conhecimento e prática adequados para avaliar, tratar e documentar a dor em RNs de baixo e médio risco quando submetidos a procedimentos dolorosos no alojamento conjunto."

1.3 OBJETIVO GERAL

Analisar o conhecimento e a prática do manejo da dor na assistência ao RN pelos profissionais de enfermagem em uma unidade do alojamento, segundo referencial metodológico i-PARIHS.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o conhecimento e a prática dos profissionais de enfermagem quanto a avaliação, tratamento e registro da dor do recém-nascido no alojamento conjunto;

² Disponível em: <<https://youtu.be/ZGLSNdYtppo>>. Acesso em 26 de setembro de 2023.

- Avaliar a associação entre conhecimento e prática entre os profissionais de enfermagem quanto a avaliação, tratamento e registro da dor do recém-nascido no alojamento conjunto;
- Descrever as barreiras e os facilitadores para a realização da avaliação, tratamento e registro da dor dos recém-nascidos no alojamento conjunto apontados pelos profissionais de enfermagem;
- Dimensionar em tipo e quantidade a exposição dos recém-nascidos aos procedimentos dolorosos até o quarto dia de internação no alojamento conjunto através dos prontuários.

1.5 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) organizou uma grande estratégia, a fim de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo País, com vistas à redução das taxas, ainda elevadas, de morbimortalidade materna e infantil. Trata-se da Rede Cegonha, que traz um conjunto de iniciativas que envolve mudanças no modelo de cuidado referente à gravidez, ao parto/nascimento e à atenção integral à saúde da criança, com foco nos primeiros 2 anos e, em especial, no período neonatal.

A Rede Cegonha se propõe a garantir a todos os RNs boas práticas de atenção embasadas em evidências científicas e nos princípios de humanização que apresentam orientações científicas que possibilitarão atenção qualificada e segura ao RN sob o seu cuidado.

No período neonatal, momento de grande vulnerabilidade na vida, concentram-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais. Há, portanto, necessidade de cuidados especiais, com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde, direitos esses reconhecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990).

No artigo 10º do Estatuto da Criança e do Adolescente está disposto que os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a: item “V - manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe”.

De acordo com Pattersson *et al.* (2019), RNs saudáveis, a termo, enfrentam várias ocasiões de dor, como o teste de triagem para doenças metabólicas e início da imunização, sendo que alguns desses procedimentos dolorosos podem ser

esperados, e as precauções devem ser feitas para minimizar a dor. Neste sentido, é importante que os profissionais de saúde tenham o conhecimento adequado para realizar o manejo.

RNs hospitalizados apresentam dor moderada a intensa, aguda ou crônica. Um estudo recente indica que os profissionais de saúde, especialmente nos países em desenvolvimento, têm uma lacuna de conhecimento e habilidades relacionadas ao manejo da dor neonatal (WARI *et al.*, 2021).

O controle da dor do RN é imprescindível à qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem, que deve ter conhecimento suficiente para avaliar e promover o adequado manejo da dor por meio de medidas farmacológicas e não farmacológicas e seu emprego correto de acordo com a condição de cada RN. Os enfermeiros e técnicos de enfermagem devem possuir entendimento satisfatório para avaliar e proporcionar o correto alívio da dor dos RNs através de medidas não farmacológicas de acordo com as necessidades de cada um.

A prevenção da dor em RNs deve ser o objetivo de todos os profissionais de saúde, visto que exposições dolorosas repetidas têm potencial para consequências deletérias. Neste contexto, recomenda-se avaliar a dor neonatal rotineiramente, antes e após procedimentos, por meio de ferramentas multidimensionais escolhidas para direcionar a prestação de uma assistência eficaz para alívio da dor (SANTOS *et al.*, 2021).

A Academia Americana de Pediatria (2016) afirma que há uma grande prevalência de divergências de conhecimento na capacidade dos profissionais de saúde de avaliar e manejar adequadamente a dor em neonatos. Assim, o manejo da dor neonatal e especialmente o alívio efetivo da dor são um tópico importante e um desafio enfrentado pelos profissionais neonatais.

Existem muitos estudos nacionais (CAPELINNI *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2016) e internacionais (AKUMA; JORDAN, 2012; COLADOS-GOMES *et al.*, 2017; CLIFFORD-FAUGÈRE *et al.*, 2019) relatando deficiências no conhecimento e na prática de avaliar e tratar a dor em neonatos em UTIN, porém houve dificuldade para achar estudos sobre dor e o ambiente do AC.

A partir disso, foi realizada uma revisão bibliográfica com a seguinte questão norteadora: “Quais os conhecimentos e práticas dos profissionais de enfermagem sobre o manejo da dor do recém-nascido?”.

Os artigos foram selecionados entre junho e julho de 2022, com busca avançada nas bases: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, (MEDLINE) (via *US National Library of Medicine - PubMed*), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e *SciVerse Scopus* (BDENF). Os descritores e seus respectivos sinônimos foram selecionados pelo DeCS e MeSH (Descritores em Ciências da Saúde e *Medical Subject Headings*, respectivamente) e combinados por meio dos operadores booleanos (OR/AND), com o propósito de ampliar a possibilidade de localização de estudos que respondessem à questão de revisão, utilizando as estratégias de busca: (conhecimento, atitudes e práticas em saúde) AND (dor OR medição da dor OR manejo da dor).

Como critério de inclusão: foram utilizados artigos originais em português e inglês disponíveis online em texto completo e que respondessem à questão de revisão. Como critério de exclusão: artigos que não correspondiam à área de neonatologia ou pediatria, e artigos de revisão.

Para descrever o que tem de mais atual em relação à temática, o recorte temporal utilizado selecionou artigos de 2017 a 2022, visto ser um assunto que está em constante atualização. Ressalta-se que os artigos duplicados foram considerados somente uma vez.

Foram identificados 748 artigos. No primeiro momento, excluiu-se 274 artigos duplicados e com textos incompletos. No segundo momento, foram eliminados 276 artigos pela leitura dos seus títulos e resumos. Assim, restaram 24 artigos que foram lidos na íntegra, excluindo-se 19 que não atenderam aos critérios de elegibilidade, de forma que 5 artigos totalizaram a síntese quantitativa desta revisão, demonstrado no quadro abaixo.

Quadro 1 – Caracterização do corpus de análise da revisão bibliográfica. Rio de Janeiro, 2021

AUTOR (ANO)	TÍTULO	CONCLUSÃO
MOURA; SOUZA, 2021	Conhecimento da equipe de enfermagem de unidade de terapia intensiva neonatal sobre a dor do recém-nascido	Evidenciou-se subnotificação da presença de dor e os desafios mais relatados foram a ausência de conduta médica pós comunicação da dor e avaliação de sinais específicos, direcionando ações para melhoria da assistência como a realização de treinamentos.
CARVALHO <i>et al.</i> , 2021	Percepção da equipe de enfermagem acerca da avaliação da dor em recém-nascidos prematuros	Na equipe de enfermagem ainda existe uma grande distância entre o conhecimento teórico, o uso de escalas e a conduta prática quanto à avaliação e manejo da dor de recém-nascidos prematuros.

MISIC <i>et al.</i> , 2021	<i>Perception, knowledge and use of neonatal pain assessment by nurses</i>	Embora os enfermeiros em geral tenham expressado uma atitude positiva em relação às escalas de avaliação da dor, isso não era necessariamente evidente em sua prática clínica.
PENG <i>et al.</i> , 2020	<i>Knowledge, attitudes and practices of neonatal professionals on pain management</i>	Há uma necessidade urgente de educação continuada sobre o manejo da dor neonatal com o objetivo de capacitar os profissionais neonatais; são necessárias mais pesquisas sobre a questão de como traduzir a educação em uma prática mais confiável.
MARCONDES <i>et al.</i> , 2017	Conhecimento da equipe de enfermagem sobre a dor no recém-nascido prematuro	É necessária a capacitação da equipe multidisciplinar para a identificação da dor no neonato e sistematização da assistência da Enfermagem para propiciar intervenções efetivas para a dor.

Fonte: dados da busca nas bases de dados, Rio de Janeiro (2021).

Moura e Souza (2021), em seu estudo com 44 profissionais de enfermagem, descreveram o conhecimento da equipe de enfermagem sobre avaliação e manejo da dor do RN a termo e pré-termo em uma UTIN. As alterações fisiológicas mais apontadas frente à dor foram: melodia do choro (100%), frequência cardíaca aumentada (99%) e tremores nas mãos e pés (90%). As consequências de longo prazo mais relatadas foram: déficit de atenção na fase escolar (95%), menor tolerância à dor na vida adulta (77%) e propensão a desenvolver depressão e ansiedade na vida adulta (73%).

Os métodos não farmacológicos mais utilizados foram: sucção não nutritiva (92%), aleitamento materno (88%) e posição canguru (79%). Os desafios relatados pelos profissionais prevalentes foram: ausência de conduta médica (23%), dificuldade na avaliação de sinais específicos de dor (16%) e ausência de notificação da dor (22%). A conclusão sugeriu que as ações para melhoria da assistência fossem direcionadas para a realização de treinamentos.

Um estudo realizado com sete enfermeiras atuantes em uma maternidade mostrou que elas têm percepção de situações dolorosas, porém nota-se que sua identificação ocorre de forma fragmentada e superficial. Além disso, ainda existe uma grande distância entre o conhecimento teórico e a conduta prática quanto à avaliação e manejo da dor de RNs prematuros. O estudo evidenciou a necessidade de estabelecer uma assistência sistemática (CARVALHO *et al.*, 2021).

Um estudo realizado com 229 enfermeiros na Suécia, que atuavam em 38 unidades neonatais, mostrou que 91% dos participantes acharam importante a

avaliação da dor neonatal, sendo que muitos mencionaram diversas dificuldades com a avaliação da dor e preocupações de que as escalas utilizadas poderiam não avaliar a dor corretamente. Cerca de metade dos enfermeiros consideraram terem conhecimento suficiente sobre a avaliação da dor neonatal. Dos enfermeiros, 74% relataram usar uma escala de avaliação da dor várias vezes durante o turno de trabalho (MISIC *et al.*, 2020).

No estudo supracitado, apesar de diretrizes de manejo da dor estarem disponíveis de acordo com 75% dos enfermeiros, apenas 53% relataram que as orientações eram seguidas. Embora as enfermeiras em geral tenham expressado uma atitude positiva em relação às escalas de avaliação da dor, isso não foi necessariamente evidente em sua prática clínica. A falta de conhecimento e preocupações sobre a validade das escalas de dor disponíveis pareciam limitar seu uso. Há necessidade de mais educação sobre dor neonatal, uma vez que isso pode resultar em avaliações mais corretas e tratamentos de alívio da dor mais efetivos (MISIC *et al.*, 2020).

O estudo de Peng *et al.* (2020) em Taiwan, com 18 médicos e 60 enfermeiros neonatais, mostrou uma aparente discrepância entre os níveis de conhecimento de neonatologistas e enfermeiros em relação à avaliação e manejo da dor, com enfermeiros exibindo conhecimento profissional mais fraco e atitudes mais negativas em relação ao manejo da dor do que os neonatologistas. Além disso, a pesquisa revelou falta de conhecimento e atitudes negativas entre os participantes em relação à prestação de analgésicos opioides suficientes para lactentes doentes durante procedimentos invasivos e até mesmo para neonatos em cuidados paliativos.

No estudo de Marcondes *et al.* (2017) sobre o conhecimento da equipe de enfermagem em relação à dor do RN prematuro, sete profissionais de enfermagem (duas enfermeiras e cinco técnicos de enfermagem) foram questionados sobre a identificação da dor no RN. Quanto às respostas, houve unanimidade no reconhecimento por meio do choro e cinco dos profissionais notaram alterações em relação à identificação da dor pela expressão facial, porém não associaram a nenhum critério de inclusão ou de mensuração.

Quanto à prática, foi evidenciado que os profissionais utilizavam a massagem para alívio da dor e proporcionavam leito confortável, sucção não nutritiva e o uso da glicose 25%, entretanto nenhum dos entrevistados mencionou o uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem, sendo essa de extrema importância

para avaliação e intervenções conforme a necessidade do paciente (MARCONDES *et al.*, 2017).

De forma geral, todos os estudos citados destacaram que o conhecimento da dor se mostrava de forma empírica, demonstrando a necessidade do uso e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem pelas equipes de enfermagem (MARCONDES *et al.*, 2017; PENG *et al.*, 2020; CARVALHO *et al.*, 2021).

O que é observado na prática assistencial das unidades neonatais é que a experiência dolorosa é frequentemente subestimada pelos profissionais. Isso se deve a uma série de questões, desde o contexto histórico-social relacionado à inserção da criança como sujeito na sociedade até o desconhecimento sobre os processos fisiopatológicos que envolvem as etapas de transmissão e interpretação do estímulo doloroso (COSTA *et al.*, 2019).

Apesar do crescimento das pesquisas sobre conhecimento, atitude e prática, é notório que as atitudes e práticas dos profissionais de enfermagem não refletem totalmente o conhecimento apreendido. Deste modo, torna-se cada vez mais necessária a utilização de métodos de tradução ou transferência do conhecimento para os profissionais.

Além de tudo o que já foi descrito pelos autores supracitados, existe ainda uma dificuldade maior: identificar e abordar esse tema em outros setores neonatais, como no sistema canguru e no AC. O fato é que pouco se discute sobre a dor do RN no AC e sua complexidade.

Ainda existe um falso saber que os RNs de baixo e médio risco não passam por procedimentos que causam dor. Sendo assim, há poucos registros de pesquisa com essa temática, fazendo-se necessárias novas contribuições na área.

1.6 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Para a pesquisa na área da saúde do RN e criança adjacente à linha de pesquisa: Cuidado desenvolvimental do recém-nascido e família do Grupo de Pesquisa Enfermagem e Saúde e Família/GPESRENF vinculado ao CNPQ e inserido no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ), fortalecendo novas pesquisas em saúde do RN.

Para o ensino da graduação e pós-graduação, buscou-se a construção de novos conhecimentos científicos para serem incorporados nas disciplinas e no cenário da prática com a simulação realística.

Para a assistência à saúde, promove a implementação das melhores práticas, modificando a lacuna de conhecimento sobre a temática. Quanto ao serviço da enfermagem, a reflexão sobre as barreiras do manejo da dor no AC pelos profissionais de enfermagem, além de mostrar que o diagnóstico situacional local implica implantação de futuros cursos de treinamento e capacitação.

O desenvolvimento deste estudo foi motivado pelo interesse em apoiar os objetivos estratégicos da maternidade, o qual tem como missão garantir a qualidade assistencial e a segurança do paciente frente à articulação entre ensino-pesquisa-extensão e assistência, e conta com apoio do setor da Assessoria de Ensino.

2 BASES CONCEITUAIS

2.1 ALOJAMENTO CONJUNTO

Em 1977, o Ministério da Saúde passou a recomendar que os RNs saudáveis permanecessem com suas mães. E em 1983, o extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) publicou ato normativo tornando o AC obrigatório em todos os hospitais públicos e conveniados. Em 1993, foi publicada a Portaria nº 1.016 que descreve as normas básicas que norteiam o funcionamento dos alojamentos conjuntos em todo o país (BRASIL, 1993).

Por meio dessa portaria, os RNs com mais de 2000g de peso, Apgar maior que 6 no 5º minuto e mais de 35 semanas de idade gestacional, estavam aptos a permanecerem no Sistema de Alojamento Conjunto. Esse modelo favorece a prestação de cuidados assistenciais à mulher e ao seu filho, orientações para o autocuidado e incentivo ao aleitamento materno, além de estimular o relacionamento afetivo do binômio mãe-filho e com os familiares, contribuindo para a redução dos índices de infecção hospitalar (MARTINS *et al.*, 2021).

Com a instituição da Portaria nº 2.068 em 2016 pelo Ministério da Saúde, (BRASIL, 2016) foi possível descrever novas diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao RN no Sistema de Alojamento Conjunto. Segundo as normas básicas para AC aprovadas pela nova portaria, todo binômio mãe-filho com as características descritas a seguir devem permanecer no AC até a alta hospitalar:

- a. Mulheres clinicamente estáveis e sem contraindicações para a permanência junto ao seu bebê;
- b. Recém-nascidos clinicamente estáveis, com boa vitalidade, capacidade de sucção e controle térmico; peso maior ou igual a 1800 gramas e idade gestacional maior ou igual há 34 semanas;
- c. Recém-nascidos com acometimentos sem gravidade, como por exemplo: icterícia, necessitando ou não de fototerapia, malformações menores, investigação de infecções congênitas sem acometimento clínico, com ou sem microcefalia; e

- d. Recém-nascidos em complementação de antibioticoterapia para tratamento de sífilis ou sepse neonatal após estabilização clínica na unidade tratamento intensivo neonatal.

Ainda de acordo com a portaria nº 2.068 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), o Sistema de Alojamento Conjunto contará com os seguintes recursos físicos:

- I- Os quartos devem ser ambientes destinados a assistência à puérpera e ao recém-nascido com capacidade para um ou dois leitos, com banheiro anexo;
- II- As enfermarias devem ser ambientes destinados à assistência à puérpera e ao recém-nascido com capacidade para três a seis leitos, com banheiro anexo, conforme normativas vigentes da ANVISA;
- III- Para cada leito materno, deve ser disponibilizado um berço para o recém-nascido e uma poltrona para acompanhante. O berço do recém-nascido deve ficar ao lado do leito da mãe e deve ser respeitada a distância mínima de um metro entre leitos ocupados; e
- IV- Os quartos devem ter o tamanho adequado para acomodar a mulher e o recém-nascido, de acordo com as normas vigentes da ANVISA.

Para além de um espaço para a permanência do binômio mãe-filho entre 24 e 48 horas, o AC é um ambiente em que a interação entre a mãe e o filho deve ser incentivada para que ocorra naturalmente. Sendo assim, o AC caracteriza-se como um importante local de continuidade das ações que estavam sendo desenvolvidas no período pré-natal, no qual o principal enfoque assistencial está na educação e orientação à saúde, para que as puérperas adquiram segurança e tranquilidade ao assumir seu papel de mãe (MERCADO *et al.*, 2017).

Dentre as atribuições da Enfermagem no cuidado à mulher e ao seu filho no AC, alguns estudos se referem a ações para evitar, controlar e reduzir as infecções puerperais, estimular o autocuidado e favorecer o vínculo entre a mãe e seu filho. O trabalho do enfermeiro no cuidado à mulher no ciclo da gestação até o puerpério se dá por meio de práticas educativas no campo da atenção obstétrica, e contribui para que a mulher possa participar na tomada de decisões acerca da sua própria saúde (STREFLING *et al.*, 2017).

Segundo Duarte *et al.* (2019), as puérperas e os familiares mencionaram que, durante o período de internação no AC, receberam orientações de profissionais de saúde sobre os cuidados com o RN. As temáticas mais focadas foram o aleitamento

materno e o manejo do coto umbilical, ao passo que tópicos menos recorrentes nas falas se relacionaram à higiene corporal, sono, posições confortáveis e vacinação.

No AC, a enfermagem, juntamente com os outros profissionais da saúde, desenvolvem ações voltadas ao cuidado para mãe e filho, e o que mais se sobressaem são as ações educativas. Dentre essas estão: o incentivo à amamentação, os cuidados de higiene com o RN, o apoio à puérpera, o esclarecimento de dúvidas e fornecimento de orientações inclusive quanto às consultas de puericultura, vacinação e planejamento familiar, as quais serão realizadas posteriormente na alta hospitalar (STREFLING *et al.*, 2017).

Logo, a transição de RNs de baixo risco do hospital para casa demanda ações educativas por parte dos profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro, adequando-as às reais necessidades de cada família. Para que isso ocorra de maneira natural, é necessário estabelecer uma relação dialógica com a família (DUARTE *et al.*, 2019).

2.2 A DOR DO RECÉM-NASCIDO

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP), a dor é descrita como “uma experiência sensitiva, emocional e desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”. A descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos para expressar a dor, pois a incapacidade de comunicação não invalida a possibilidade de um ser humano ou um animal sentir dor (RAJA *et al.*, 2020).

Esta definição cria um entendimento comum do termo “dor” para profissionais de saúde, pesquisadores e pessoas com dor em todo o mundo, fornecendo base para pesquisas na área com o objetivo de minimizar erros epistemológicos e influenciar políticas públicas de saúde, as quais tendem a prover melhora da assistência em saúde (SANTANA *et al.*, 2020).

Apesar do reconhecimento de que o controle da dor é uma chave no aspecto do cuidado ao RN, quantificar a dor do RN continua sendo um desafio. A avaliação da dor neonatal compreende indicadores observáveis, como mudanças fisiológicas (e.g., frequência cardíaca), ou indicadores comportamentais (e.g., o choro), que são influenciados por fatores contextuais, como, por exemplo, a idade gestacional (DUERDEN; MILLER, 2020).

Além disso, para os familiares e profissionais de enfermagem é um grande impacto a percepção de dor no RN, pois por muitos anos os prestadores de cuidados de saúde neonatais debatem se os neonatos sentem dor e com que idade neural essa capacidade emerge (DUERDEN; MILLER, 2020).

2.2.1 Fisiopatologia e tipos de dor

O primeiro passo na sequência dos eventos que originam o fenômeno sensitivo-doloroso é a transformação dos estímulos ambientais, físicos ou químicos intensos em potenciais de ação, que das fibras nervosas periféricas são transferidos para o sistema nervoso central (SNC). Os receptores nociceptivos são representados pelas terminações nervosas livres presentes nas fibras mielínicas finas A-d e amielínicas C (TEIXEIRA, 2001).

O tálamo é um retransmissor para as vias nociceptivas e o desenvolvimento de projeções tálamo-corticais podem ser interrompidas pela dor precoce. Os sistemas nociceptivos tornam-se funcionais em 24-28 semanas de gestação com o desenvolvimento de conexões tálamo-corticais; no entanto, a modulação da dor endógena mediada pelo tronco cerebral só se desenvolve mais perto da idade equivalente a termo (acima de 37 semanas). Assim, a exposição à dor em idades gestacionais iniciais tem efeitos diferenciais no cérebro em desenvolvimento (DUERDEN *et al.*, 2018).

Na dor por nocicepção, os receptores nociceptivos modificam-se lentamente, gerando dor prolongada em decorrência da alteração da sua estrutura anatômica e funcional e da liberação de substâncias algigênicas nos tecidos. A sensibilização dos neurônios periféricos gera hiperalgesia termomecânica primária e a dos neurônios centrais, hiperalgesia mecânica secundária. As anormalidades neuroplásticas segmentares e supra segmentares são responsáveis pela sua cronificação. As normalidades comportamentais psíquicas primárias ou secundárias e a adoção de comportamentos anormais pelo reforço da condição de mal-estar contribuem para sua cronificação (TEIXEIRA, 2001).

Quando a criança enfrenta uma situação estressante, o desenvolvimento do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal é ativado; nisso, o hipotálamo secreta o hormônio liberador de corticotropina, que inicia a liberação do hormônio adrenocorticotrópico pela glândula pituitária. Esse hormônio induz na adrenal córtex glandular a secreção

de glicocorticoides, como o cortisol, considerado um hormônio indicador de estresse. A resposta do estresse psicológico e físico enfrentado pelo cérebro será medida pelos altos níveis plasmáticos de cortisol (BERNARDO *et al.*, 2018).

A dor neonatal pode ter consequências duradouras no desenvolvimento subcortical da substância cinzenta e branca, atendendo aos processos somatossensoriais, cognitivos e motores (DUERDEN *et al.*, 2018). É importante ter o conhecimento do estresse socioemocional durante o período inicial da vida neonatal para entender a trajetória do neurodesenvolvimento cerebral do RN (BERNARDO *et al.*, 2018).

Um estudo recente comparou medições de avaliação da atividade cerebral de resposta à dor por meio do eletroencefalograma e da espectroscopia próxima ao infravermelho (*Near-Infrared Spectroscopy* - NIRS), condutância da pele do pé e cortisol salivar juntamente com a escala *Neonatal Facial Coding System* (NFCS) para avaliação de dor em 113 bebês nascidos a termo de 3 dias de idade submetidos a uma única punção venosa (ROUÉ *et al.*, 2018).

Dado que todas as medidas se correlacionaram apenas como leve ou moderada, os autores concluíram que tais medidas pareciam refletir em respostas fisiológicas diferenciais à dor com a escala NIRS, frequência cardíaca e saturações de oxigênio representando uma resposta mais aguda. No entanto, a condutância da pele e o cortisol salivar representaram uma resposta estressante mais prolongada à dor (ROUÉ *et al.*, 2018).

Bernardo *et al.* (2018), em seu método de estudo, detectou padrões de resposta de alto estresse hormonal pelo cortisol à lanceta de calcanhar em RNs entre 34 e 41 semanas de gestação cerebral. O cortisol salivar tem sido relatado como biomarcador útil de estresse psicológico, problemas mentais e doenças físicas. Efeitos colaterais a longo prazo de alta concentração de cortisol podem resultar em resistência à insulina, hiperlipidemia, deficiências imunológicas e alterações destrutivas no hipocampo.

2.3 PROCEDIMENTOS DOLOROSOS EM RECÉM-NASCIDOS

Aproximadamente 10% dos RNs são hospitalizados no serviço de neonatologia e são expostos a intervenções médicas repetitivas e dolorosas, porém necessárias. Os motivos da dor surgem dos cuidados de rotina, como, por exemplo:

realização do exame de glicemia pelo calcânhar, punção da artéria e/ou veia, a instalação de cateter venoso, injeção intramuscular, punção lombar, o exame de retinopatia, entre outros (PONTHIER *et al.*, 2020).

O procedimento doloroso mais comumente realizado em hospitalizados, como RNs e lactentes jovens, são procedimentos relacionados à agulha, tais quais: punção venosa, punção calcâneo, punção arterial, injeção IM. Existe a probabilidade dos números de registros de procedimentos dolorosos não serem registrados, e assim subestimados quanto ao número de tentativas, intensidade do procedimento, duração do procedimento e a habilidade do profissional para a sua realização (BUENO; HARRISON, 2023).

Atualmente, boas práticas de atenção ao RN saudável compreendem os cuidados imediatos descritos pela Portaria do MS nº 371 de 07 de maio de 2014, que instituiu as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao RN no Sistema Único de saúde (SUS).

O artigo 4º da portaria recomenda cuidados a serem prestados aos RNs a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial. São eles: contato pele a pele precoce e contínuo, garantir que o ambiente do nascimento esteja com uma temperatura em torno de 26°C, realizar o clampeamento do cordão umbilical somente após cessadas as suas pulsações (exceto em casos de mães isoimunizadas ou HIV/HTLV positivas), postergar os procedimentos de rotina do RN nessa primeira hora de vida, tais como exame físico detalhado do RN, oxigenioterapia, aspiração de vias aéreas, mensurações de medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia neonatal, vacinação entre outros procedimentos (BRASIL, 2014).

O Programa Nacional de Imunização recomenda atualmente a vacinação universal das crianças contra hepatite B, sendo que a vacina deve ser administrada nas primeiras 24 horas, preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida, ainda na maternidade, pois resulta em alta eficácia na prevenção da infecção transmitida verticalmente. O esquema de imunização visa a prevenir na humanidade a infecção pelo vírus da hepatite B, que é a maior incidência da cronificação da doença, que permanece como causa importante de morbimortalidade nos países da América Latina (BRASIL, 2019).

Segundo Rocha *et al.* (2019), o método de escolha para coleta de amostra de sangue na maioria das unidades neonatais foi a punção de calcâneo, e esse representa o evento doloroso comum entre todos os procedimentos realizados em

RNs. Já a venopunção consiste na inserção de um dispositivo no interior do vaso sanguíneo, fundamentada em indicações e técnicas, além da escolha e utilização do material adequado a este procedimento invasivo (SENA *et al.*, 2018).

Vários estudos apontam que RNs e crianças hospitalizadas são expostas a procedimentos dolorosos repetidos com frequência e com inconsistente uso de estratégias de controle da dor (OROVEC *et al.*, 2019; RIDDELL, 2015).

Estudo realizado por Moraes e Freire (2019), com objetivo de identificar os procedimentos considerados dolorosos e estressantes pela equipe multiprofissional de uma UTI neonatal, além de verificar as medidas para analgesias empregadas por essa equipe durante estes procedimentos, verificou que a totalidade dos profissionais de saúde considerou a retirada de adesivos, a punção venosa e a punção arterial como sendo mais dolorosos dentre outros.

São escassos os estudos para dimensionamento da dor no AC, no qual procedimentos como punção de calcâneo, injeção IM e punção venosa são comumente realizados. Existem estratégias seguras e eficazes baseadas em evidências para reduzir a dor e o sofrimento durante esses procedimentos dolorosos frequentes.

2.4 AVALIAÇÃO DA DOR

A padronização e implementação de protocolos para avaliação da dor resultam em melhoria no seu manejo com os pacientes. A equipe deve estar bem treinada no conhecimento da fisiologia, do processo de avaliação e do manejo efetivo da dor (SILVA, 2018).

Para Silva (2018), a avaliação da dor deve ser considerada o “quinto sinal vital” a ser incorporada em cada tomada de sinais vitais. O paciente precisa ser avaliado com certa frequência e as intervenções realizadas para o controle da dor quando necessário.

Existem mais de 40 escalas de avaliação da dor para o RN descritas na literatura, sendo as mais utilizadas: NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*) – Escala de Avaliação de Dor no Recém-Nascido; Escala NFCS (*Neonatal Facial Coding System*) – Sistema de Codificação Facial Neonatal; Escala PIPP-R (*Premature Infant Pain Profile – Revised*)– Perfil de Dor do Prematuro Revisado; Escala BIIP (*Behavioral Indicators of Infant Pain*) – Indicadores Comportamentais de Dor no Recém-Nascido;

Escala EDIN (*Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né*) – Escala de Dor e Desconforto Neonatal; Escala N-PASS – (*Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale*) - Escala Neonatal de Dor, Agitação e Sedação. Todas traduzidas e validadas no Brasil.

Para a implantação do uso de escalas para avaliação da dor na prática assistencial, são necessárias adoções de rotinas escritas com detalhamento das escalas e do tratamento proposto para a maioria dos procedimentos dolorosos realizados na unidade neonatal, com treinamento da equipe médica e de enfermagem (BALDA; GUINSBURG, 2018).

2.5 MEDIDAS DE ALÍVIO DA DOR

As medidas não farmacológicas para o alívio da dor do RN exploram os mecanismos fisiológicos da dor, minimizando os riscos de utilizar medidas farmacológicas e seus possíveis eventos adversos. Isso não significa que medidas farmacológicas nunca devem ser usadas, porém deve haver um limiar alto para os analgésicos, e somente depois que as medidas não farmacológicas estiverem esgotadas (GOMES *et al.*, 2019).

Existe um corpo forte de evidências quanto às estratégias que vêm sendo realizadas a fim de minimizar a dor em RNs prematuros e a termo hospitalizados durante a realização de procedimentos considerados dolorosos. Essas estratégias são: amamentação, contato pele a pele, enrolamento, soluções adocicadas, além da presença afetiva e acolhedora dos pais e família, que podem e devem participar dessas estratégias (JOHNSTON *et al.*, 2017; HARRISON *et al.*, 2015; HARRISON *et al.*, 2016).

No Brasil, a Política de humanização ao RN de baixo peso vem adotando essas recomendações para as unidades neonatais (BRASIL, 2019). Outras estratégias, tais quais balançar, segurar, enrolamento, sucção não nutritiva etc., podem ser consideradas como tratamentos adjuvantes, especialmente quando se usa as soluções adocicadas (MCNAIR *et al.*, 2019).

Mangat *et al.* (2018) descreve, em sua revisão sistemática, os principais métodos não farmacológicos para alívio da dor utilizados em RNs prematuros e a termo. Os principais métodos encontrados foram: acupuntura, sucção não nutritiva, amamentação, soluções adocicadas (glicose e sacarose), contato pele a pele,

enrolamento, massagem terapêutica, terapia musical e contenção facilitada. As estratégias estão no Quadro 2, abaixo.

Quadro 2 – Resumo dos principais métodos não farmacológicos utilizados em recém-nascidos a termo

MÉTODOS RELATADOS NOS ARTIGOS	TRADUÇÃO
Non-pharmacological treatments for pain relief.	Tratamentos não farmacológicos para alívio da dor
Skin-to-skin care	Contato pele a pele
Seo, 2016	A termo (n = 56)
Swaddling	Enrolamento
Erkut, 2017	A termo (n = 74)
Therapeutic touch/massage	Massagem terapêutica
Chik, 2017	Pré-termo/ A termo (n = 80)
Musical therapy	Terapia musical
Zhu, 2015	A termo (n = 250)
Breastfeeding	Amamentação
Zurita-Cruz, 2017	A termo (n = 144)
Erkul, 2017	A termo (n = 100)
Acupuncture	Acupuntura
Mitchell, 2016	A termo (n = 162)
Chen, 2017	Pré-termo/A termo (n = 30)
Sucrose/glucose solutions	Soluções de glicose ou sacarose
Lima, 2017	A termo (n = 78)
Shah, 2017	Pré-termo/ A termo (n = 35)
Gouin, 2018	A termo (n = 245)

Fonte: adaptado de Mangat et al. (2018).

Desde o ano de 2011, a recomendação vem sendo o uso de medidas não farmacológicas. As estratégias não farmacológicas são mais usadas para dores agudas, como, por exemplo, a punção venosa e a coleta de sangue, que, em sua maioria, causam agitação e estresse no RN, ainda que consideradas procedimentos menores (GOMES *et al.*, 2019).

A amamentação deve ser a primeira estratégia a ser considerada durante a punção do calcanhar, punção venosa ou imunização, e está associada a redução significativa das respostas à dor em RNs a termo. Deve ser realizada cinco minutos ou mais antes do procedimento e garantir que o RN esteja sugando com uma pega e

posição adequada, e continuar durante todo o procedimento, sempre que possível, respeitando a cultura e o desejo da mulher (BRASIL, 2017).

A amamentação reduz as respostas fisiológicas e comportamentais à dor, pois durante a amamentação há vários estímulos táteis (o contato pele a pele, o olfato, os movimentos do tórax materno) que funcionam como opioides endógenos (SHAH; HERBOZO; ALIWALASL, 2012). Além disso, se disponível, a amamentação ou o leite humano ordenhado devem ser utilizados para aliviar a dor de RNs submetidos a um único procedimento doloroso, em vez de placebo, contenção ou nenhuma intervenção (SHAH; HERBOZO; ALIWALASL, 2012).

Em uma revisão mais atual, a amamentação direta foi mais eficaz do que o colo materno, o contato pele a pele, anestésicos tópicos e musicoterapia, e foi tão ou mais eficaz do que soluções de sabor doce em RNs a termo. Há evidências suficientes para recomendar a amamentação direta para o tratamento da dor durante o procedimento em RNs a termo, pois, com base nas evidências atuais, o leite materno ordenhado sozinho não deve ser considerado uma intervenção adequada (BENOIT *et al.*, 2017).

Outra estratégia com evidência forte é o contato pele a pele/ CPP/ posição canguru, que consiste no posicionamento vertical do RN, vestindo somente uma fralda, contra o peito nu da mãe ou familiar. O CPP apresenta efeitos analgésicos quando iniciado cerca de 15 a 30 minutos antes, durante e após o término dos procedimentos dolorosos (BRASIL, 2017). O profissional de enfermagem deve garantir que o RN e os pais/familiares estejam confortáveis, acomodados e seguros.

O CPP estimula os sistemas táteis e melhora a autorregulação, com redução do estresse e das respostas à dor (BRASIL, 2017). Os mecanismos são considerados multifatoriais e incluem estimulação tátil através do contato pele a pele, calor, cheiro, batimento cardíaco e movimento da mãe, pai ou outro cuidador. A maioria dos estudos observados se concentraram nas mães para realizar o CPP (JOHNSTON *et al.*, 2017).

Os profissionais de enfermagem precisam facilitar a participação das mães ou outros cuidadores que estejam presentes, e orientá-los, deixando-os confortáveis para que sejam capazes de estar envolvidos no momento dos procedimentos, e assim apoiá-los (JOHNSTON *et al.*, 2017).

Na impossibilidade de prover a amamentação ou CPP, pequenas quantidades de solução adocicada, de 0,5 mL a 2 mL de sacarose 24% ou 1 a 2 mL de glicose 25%, podem ser oferecidas diretamente sobre a língua do RN, entre um e dois minutos

antes de procedimentos dolorosos únicos e de curta duração, e repetido durante todo o procedimento se o RN apresentar sinais de dor (BRASIL, 2011).

A combinação da solução adocicada pode ser realizada com sucção não nutritiva (SNN), CPP e enrolamento. Tais soluções são eficazes na redução da dor de RNs submetidos, principalmente, à lancetagem de calcâneo ou venopunção. Ambas as soluções são recomendadas por protocolo nacional (BRASIL, 2011).

A analgesia de sabor doce tem dois mecanismos: (1) calmante imediato devido ao sabor forte (doce) e (2) calmante contínuo por causa da liberação endógena de opioides mediada pelo sabor doce (STEVENS *et al.*, 2017).

A sucção não nutritiva promove analgesia devido à liberação de serotonina no sistema nervoso central, durante os movimentos ritmados de sucção (SHAH *et al.*, 2012).

Segundo Virgens *et al.* (2018), durante os movimentos rítmicos, a sucção não nutritiva libera serotonina, que inibe a hiperatividade e, desta forma, modula o desconforto e diminui a dor do RN, seja ele a termo ou pré-termo. O efeito mecânico da sucção bloqueia a transição de impulsos da dor para o cérebro através de mecanismos de controle de portas, e, com base na teoria do controle dos portões, se a dor não for reconhecida ou a transição de seus impulsos for bloqueada para o cérebro, os resultados negativos da dor não acontecerão (ZARGHAM-BOROUJENI *et al.*, 2017).

Quanto à técnica da sucção não nutritiva, a mesma pode ser realizada com a introdução do dedo mínimo enluvado na cavidade oral (MACIEL *et al.*, 2019). Virgens *et al.* (2018) concluíram que a sucção não nutritiva é eficaz tanto de forma isolada quanto associada à sacarose ou glicose. Além disso, foi possível verificar que o uso da sacarose maximiza o potencial analgésico da sucção não nutritiva, sendo essa uma combinação mais eficaz do que a utilização das duas de formas isoladas. Na maternidade em que a pesquisa foi realizada, utiliza-se a glicose a 25%.

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

A prática baseada em evidências (PBE) configura-se como uma forma coerente, segura e organizada de estabelecer práticas profissionais que, em regra, deverão ser as mais adequadas visando a uma assistência qualificada. A PBE é definida como uma abordagem que se associa à melhor evidência científica disponível no que diz respeito à experiência clínica e à escolha do paciente para auxiliar na tomada de decisão (SCHNEIDER *et al.*, 2020).

O uso do *Promoting Action on Research Implementation in Health Services* (PARIHS) como estratégia de tradução do conhecimento tem potencial importante para promoção do ensino, formação e aprendizagem, além de ser uma estrutura que visa a ampliar a rede de pesquisa e educação, com novas técnicas e parcerias e ampla divulgação dos resultados (BANDEIRA *et al.*, 2017).

O que vem sendo utilizado amplamente para tradução do conhecimento para a prática dos serviços de saúde foi desenvolvido na década de 90 por um grupo de pesquisadores e consultores de implementação na área da enfermagem da *Royal College of Nursing Institute*, no Reino Unido. Esse grupo concebe três elementos-chave que interagem e influenciam no sucesso da implementação de práticas baseadas em evidências, sendo eles: Evidência (E), Contexto (C), e Facilitação (F) (BANDEIRA *et al.*, 2017).

A evidência (E) inclui quatro componentes, correspondendo a diferentes fontes: as evidências de pesquisa de fontes publicadas ou a participação em experiências formais, as evidências de experiência clínica ou conhecimentos profissionais, as evidências de preferências do paciente ou com base em experiências de pacientes, incluindo as dos cuidadores e familiares, e a informação de rotina derivada do contexto da prática local, que difere da experiência profissional na medida em que é do domínio do ambiente coletivo e não do indivíduo (BANDEIRA *et al.*, 2017; KITSON *et al.*, 2008, RYCROF-MALONE *et al.*, 2004).

O contexto ou cenário (C) é definido pelo ambiente onde será implementada a intervenção. É composto por três componentes: 1) cultura organizacional, 2) liderança e 3) avaliação. A cultura refere-se aos valores, crenças e atitudes compartilhadas por membros da organização e pode surgir a nível macro organizacional, bem como entre as subunidades dentro da organização. A liderança inclui elementos de trabalho em equipe, controle, tomada de decisão, a eficácia das

estruturas organizacionais e questões relacionadas com a capacitação. A avaliação relaciona-se com o modo que a organização mede a sua performance e como (ou se) o feedback é fornecido para as pessoas dentro da organização, bem como a qualidade de medição do feedback (BANDEIRA *et al.*, 2017).

O contexto externo refere-se ao sistema de saúde mais amplo no qual a organização é baseada na política, no âmbito social, nas regulamentações e infra-estruturas políticas que cercam o contexto local (HARVEY; KITSON, 2016). A estrutura i-PARIHS identifica o que está presente no contexto para aqueles expostos à intervenção, sendo que também reconhece o papel de um facilitador (ROBERTS *et al.*, 2019).

Já a facilitação (F) é definida como uma “técnica pela qual uma pessoa torna as coisas mais fáceis para os outros”, o que é conseguido através do “apoio para ajudar as pessoas a mudar suas atitudes, hábitos, habilidades, formas de pensar e trabalhar” (BANDEIRA *et al.*, 2017, p. 3). Seu objetivo é ajudar os indivíduos e as equipes a entender o que precisam mudar e como fazê-lo. Esse papel pode abranger uma série de atividades e intervenções convencionais, como a educação e o feedback (BANDEIRA *et al.*, 2017).

Propomos que a facilitação é a construção que ativa a implementação através da avaliação e responde às características da inovação e dos destinatários (tanto como indivíduos quanto em equipes) dentro de suas configurações contextuais. Isso requer um papel do facilitador e um conjunto de estratégias e ações para permitir a implementação (HARVEY; KITSON, 2016).

Um último ponto em relação ao constructo de facilitação dentro do PARIHS é que, ao apresentar nossa descrição de facilitação e o delineamento dos principais ingredientes dentro do repertório de habilidades do facilitador, pode haver uma sugestão de que o processo seja lógico e sequencial (HARVEY; KITSON, 2016).

Foi apresentada uma versão refinada do PARIHS chamada estrutura integrada ou i-PARIHS, incluindo uma ferramenta de diagnóstico detalhada com base nos elementos e subelementos refinados da estrutura, com o objetivo de fornecer orientação sobre a melhor forma de operacionalizar a estrutura e permitir o uso mais eficaz da estrutura, abordando as barreiras identificadas (STETLER *et al.*, 2011).

Harvey e Kitson (2016) propuseram a revisão dos principais construtos de evidência, contexto e facilitação e sugeriram a adição de um novo construto denominado destinatário. Assim, os principais construtos da estrutura do i-PARIHS

são: inovação, destinatários, contexto e facilitação, sendo a última apresentada como o elemento ativo que avalia, alinha e integra os outros três construtos. Neste sentido, conferir Figura 1, abaixo.

Figura 1 – Estrutura PARIHS para i-PARIHS, 2016

Implementação bem-sucedida na estrutura PARIHS original	Implementação bem-sucedida na estrutura revisada do i-PARIHS
$SI = f(E, C, F)$ SI = implementação bem-sucedida f = função (de) E = evidência C = contexto F = facilitação	$SI = Fac\ n\ (I + R + C)$ SI = implementação bem-sucedida Alcance das metas de implementação acordadas A aceitação e incorporação da inovação na prática Os indivíduos, equipes e partes interessadas estão engajados, motivados e 'possuem' a inovação Variação relacionada ao contexto é minimizado nas configurações de implementação Fac n = facilitação I = inovação R = destinatários (individual e coletivo) C = contexto (interno e externo)

Fonte: traduzido de Harvey e Kitson (2016).

A estrutura do i-PARIHS sugere que as características da inovação, do contexto e dos destinatários podem dificultar ou estimular a facilitação (HARVEY; KITSON, 2016).

O novo construto inovação se apresenta de forma central dentro da estrutura do i-PARIHS e se caracteriza como o processo de alinhar as evidências explícitas externas às prioridades e práticas locais a fim de melhorar a compatibilidade de uma mudança proposta. A estrutura abraça uma visão mais explícita de como as características do conhecimento afetam sua migração e aceitação em diferentes contextos (HARVEY; KITSON, 2015).

O destinatário é um novo construto e considera o impacto que indivíduos e equipes têm no suporte ou na resistência a uma inovação, uma vez que possuem papel importante na determinação da adoção de novos conhecimentos na prática. As pessoas envolvidas na implementação, incluindo suas crenças, visões e formas de prática estabelecidas, podem afetar significativamente a facilidade de introduzir uma inovação ou mudança (HARVEY; KITSON, 2015).

O contexto continua sendo uma construção central no i-PARIHS, mas com foco mais amplo nas diferentes camadas de contexto. Assim, o contexto interno inclui tanto o ambiente local imediato quanto a organização à qual determinada unidade ou

equipe está incorporada. Já o contexto externo refere-se ao sistema de saúde mais amplo no qual a organização está baseada e reflete as infraestruturas políticas, sociais, reguladoras e políticas que cercam o contexto local (HARVEY; KITSON, 2016).

A facilitação também continua sendo uma construção central, compreendendo o construto que ativa a implementação e avaliando e respondendo às características da inovação e dos destinatários (tanto como indivíduos quanto em equipes) dentro de seu contexto contextual. A estrutura do i-PARIHS localiza o sucesso ou não da implementação sobre a capacidade do facilitador e do processo de facilitação de permitir que os destinatários em seu contexto particular adotem e apliquem a inovação, de modo a adaptar adequadamente sua intervenção (HARVEY; KITSON, 2015).

Apesar da utilização crescente de referenciais teóricos na área da ciência da implementação nas duas últimas décadas, observa-se que são necessárias mais pesquisas para compreender como são escolhidos e aplicados, e como seu uso se relaciona com a melhoria dos resultados de implementação (BIRKEN *et al.*, 2017; KISLOV *et al.*, 2019).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, utilizando abordagem quantitativa. O referencial metodológico i-PARIHS foi utilizado para guiar a primeira etapa da pesquisa, que diz respeito ao contexto, aos destinatários e à facilitação. Nesta pesquisa, a inovação emergiu a partir dos dados apresentados, não sendo possível ser implementada dentro do calendário proposto. A descrição das atividades segundo o referencial consta na Figura 2, abaixo:

Figura 2 – Resumo do modelo i-PARIHS para cenário local



Fonte: da autora, adaptado da pesquisa. Rio de Janeiro, Brasil (2023).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em uma Maternidade Escola, instituição especializada da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), que pertence ao Município do Rio de Janeiro e faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS). A Maternidade Escola (ME)

foi fundada em 18 de janeiro de 1904 com o principal objetivo de assistir às gestantes e às crianças recém-nascidas de classes desfavorecidas.

Localizada no bairro Laranjeiras, a ME é, atualmente, uma unidade especializada que dispõe de assistência ambulatorial e hospitalar multiprofissional, oferecendo linhas de cuidados específicos na atenção à saúde de gestantes e RNs de baixo, médio e alto risco.

O Serviço de Obstetrícia tem atuação em diversos setores e presta assistência médica às pacientes internas (centro obstétrico e alojamento conjunto) e externas (emergência, consultas e exames agendados). A equipe médica do serviço de obstetrícia, além das atribuições de assistência ao paciente, exerce função de preceptoria à Residência Médica de Ginecologia-Obstetrícia e aos alunos da Faculdade de Medicina da UFRJ presentes em todos os setores da maternidade (UFRJ-ME, 2021).

O Serviço de Neonatologia presta assistência aos pacientes nascidos na maternidade escola até completarem 28 dias de vida, tendo como setores de atuação o Alojamento Conjunto, a sala de partos, a Unidade Intermediária Convencional, a Unidade Intermediária Canguru e a Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UFRJ-ME, 2021).

Além dos setores de internação, existe o setor ambulatorial com consultas de seguimento dos pacientes oriundos da maternidade. O serviço também conta com o apoio regular de alguns especialistas, tais como: cardiologista pediátrico, cirurgião pediátrico, radiologista pediátrico, oftalmologista e infectologista pediátrico (UFRJ-ME, 2021).

O Serviço de Enfermagem no Alojamento Conjunto presta uma assistência integral, holística e humanizada à díade mãe-bebê durante sua estada na instituição, com foco no estabelecimento do vínculo afetivo entre a mãe e o RN, incentivo ao autocuidado e estímulo e promoção do aleitamento materno (UFRJ-ME, 2021).

O AC é localizado no 3º andar do prédio principal onde o RN sadio, logo após o nascimento, permanece com a mãe 24 horas por dia em um mesmo ambiente até a sua alta hospitalar. O alojamento recebe RNs de 0 a 28 dias de vida e conta com 08 enfermarias, totalizando 40 leitos, sendo uma enfermaria exclusiva para pacientes em isolamento (UFRJ-ME, 2021). Também são internadas neste setor as pacientes gestantes que necessitam de tratamento para doenças intercorrentes ou próprias da gravidez (UFRJ-ME, 2021).

A equipe do alojamento é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogas, fonoaudiólogas e acadêmicos de diversas categorias de saúde. A equipe de enfermagem também exerce atribuições de assistência e preceptoria à Residência Multiprofissional de Enfermagem e aos alunos de enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ.

O AC possui horário estabelecido para visitas: de 11:00 às 12:00 horas, destinado aos pais/companheiros, de 16:00 às 17:00 horas, destinado aos demais familiares e amigos, e de 20:00 às 21:00 horas, destinado aos pais/companheiros de gestantes. As puérperas contam com a permanência do acompanhante de sua escolha durante todo o período do parto e pós parto.

A ME dispõe de 27 (vinte e sete) protocolos assistenciais. Dentre eles, 1 (um) protocolo é sobre manejo não farmacológico da dor neonatal (anexo 5), que foi direcionado aos profissionais da UTIN. A ME também disponibiliza de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) direcionados para equipe de enfermagem; dentre os 107 (cento e sete) POPs disponibilizados no site da ME, alguns deles englobam a assistência prestada no AC e procedimentos que podem causar dor aguda ao RN. Abaixo, descrevemos os que incluem os principais procedimentos.

Os POPs que abordam procedimentos dolorosos que podem gerar dor no RN do AC são: POP 12 - Cateterismo Vesical em Recém-nascidos; POP 14 - Punção Venosa Periférica em Recém-nascidos; POP 36 - Administração de Medicação por Via Intramuscular em Recém-Nascidos; POP 39 - Administração de Medicação por Via Subcutânea em Recém-Nascidos; POP 68 - Atribuições dos Técnicos de Enfermagem do Alojamento Conjunto; POP 69 - Atribuições dos Enfermeiros do Alojamento Conjunto; POP 93 - Teste de Glicemia Capilar no Recém-nascido.

A ME pertence à estratégia da Rede Cegonha, que foi lançada em 2011 pelo governo federal para melhorar a assistência à gestação, parto e pós-parto, e promover o desenvolvimento saudável da criança nos dois primeiros anos de vida. O objetivo principal era reduzir a mortalidade materna e infantil, assim como ampliar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (BRASIL, 2011).

A qualidade da assistência prestada durante o atendimento pré-natal, parto, nascimento e atendimento ao RN sofre interferência do contexto demográfico e socioeconômico da população. Deste modo, indicadores materno-infantis

contribuíram para subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas públicas de saúde (MIGOTO *et al.*, 2020).

A ME disponibiliza seus indicadores em saúde na área materno-infantil em seu site oficial³. O último relatório disponibilizado foi o do ano de 2021 e foi feito um recorte somente dos dados do setor do AC, conforme a Figura 3 abaixo.

Figura 3 – Indicadores do Alojamento Conjunto – ME

Hospitalar Setorial														
Alojamento Conjunto														
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	%
INTERNAÇÕES NO ALOJ CONJ NO PERÍODO	251	219	269	265	245	219	271	256	241	241	236	261	2974	
TAXA DE OCUPAÇÃO NO PERÍODO*	44,1%	54,4%	54,4%	56,4%	45,2%	47,6%	50,5%	55,2%	56,0%	54,8%	61,8%	47,9%	52,4%	
PERFIL DE PACIENTES INTERNADOS NO ALOJAMENTO CONJUNTO														
Total de gestantes no período	147	160	192	142	192	125	195	183	202	192	254	194	2178	
Total de puérperas no período	370	309	400	391	331	368	368	347	366	341	361	311	4263	
Total de recém nascidos no período	195	236	306	306	271	332	306	371	306	340	340	238	3547	
Total de pacientes por outros procedimentos	23	33	20	30	17	26	33	31	29	60	49	23	374	
MÉDIA PACIENTE / DIA														
Gestantes no período	4,7	5,7	6,2	4,7	6,2	4,2	6,3	5,9	6,7	6,2	8,5	6,3	6,0	
Puérperas no período	11,9	11,0	12,9	13,0	10,7	12,3	11,9	11,2	12,2	11,0	12,0	10,0	11,7	
Recém nascidos no período	6,3	8,4	9,9	10,2	8,7	11,1	9,9	12,0	10,2	11,0	11,3	7,7	9,7	
Pacientes por outros procedimentos	0,7	1,2	0,6	1,0	0,5	0,9	1,1	1,0	1,0	1,9	1,6	0,7	1,0	
ATENDIMENTO ASSISTENCIAL NO ALOJAMENTO CONJUNTO														
AO RECEM NASCIDO														
Que realizaram Antibioticoterapia (RNS)	3	0	3	3	3	4	3	5	4	3	3	2	36	
Com controle de glicemia capilar (RNS/mês)	93	90	83	123	97	84	93	124	93	112	81	87	1160	32,7%
A PUÉRPERA E GESTANTE														
Com controle de PA (Pac/mês)	189	143	199	156	208	138	242	190	198	202	258	236	2359	22,8%
Que fizeram sulfato de Magnésio (Pac)	12	17	16	9	13	5	7	8	18	7	16	8	136	1,3%
Com controle de glicemia capilar (Pac/mês)	65	123	140	75	124	69	124	115	135	130	150	121	1371	13,2%
TOTAL DE ACOMPANHANTE NO PERÍODO	142	79	185	119	124	127	152	131	237	139	243	235	1913	44,9%
MÉDIA ACOMPANHANTE / DIA	4,6	2,5	6,0	3,8	4,0	4,1	4,9	4,2	7,9	4,5	8,1	7,6	5,2	
TOTAL DE NUTRIZES NA AME NO PERÍODO	28	71	23	4	4	6	3	8	10	26	9	9	201	
MÉDIA NUTRIZES / DIA	0,9	2,5	0,7	0,1	0,1	0,2	0,1	0,3	0,3	0,8	0,3	0,3	0,6	

* Leitos Funcionantes

Fonte: adaptado de Maternidade Escola (UFRJ), Rio de Janeiro (2023).

A ME no ano de 2021 registrou uma média total de 52,4% de taxa de ocupação de leitos, destacando-se os meses de janeiro (44,1%), com menor índice, e novembro, com maior índice (61,8%). Em 2021 foram registrados um total de 2.974 mil RNs internados no setor do AC.

O relatório demonstrou dados concisos sobre a assistência prestada aos RNs que precisaram de intervenções clínicas no setor do AC. O uso de antibioticoterapia em RNs internados no AC foi um dos dados descritos no relatório: um total de 36 RNs fizeram uso de algum antibiótico no ano de 2021 com uma média de 3 RNs por mês em uso de antibioticoterapia.

³ Disponível em: <www.me.ufrj.br>.

Entretanto, o controle da glicemia capilar vem sendo um dos procedimentos mais prescritos para os RNs. No AC foram registrados um total de 1.160 RNs que passaram por esse procedimento, uma média de 96,6 RNs por mês no ano de 2021. Reitera-se que esse dado é um registro bruto, uma vez que o RN pode ter sido submetido a mais de uma verificação de glicemia capilar no período de internação e esse dado não ter sido registrado em prontuário.

4.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Os participantes do presente estudo foram profissionais de enfermagem que atuam no setor AC.

Para a inclusão foram considerados os profissionais de enfermagem que prestam assistência rotineiramente e direta ao RN.

4.4 TIPO DE AMOSTRA

A estrutura organizacional da equipe de enfermagem do AC no período da coleta de dados teve a seguinte composição: 1 (uma) Enfermeira chefe, 1 (uma) Enfermeira rotina, 13 (treze) Enfermeiros plantonistas, 1 (uma) Técnica de enfermagem rotina, 23 (vinte e três) Auxiliares/Técnicos de enfermagem plantonistas, e 2 (duas) Residentes de enfermagem (R1) do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde Perinatal, conforme a Tabela 1 abaixo.

Tabela 1 – Participação dos profissionais de enfermagem de acordo com a categoria profissional

Categoria	Nº de Funcionários	Aceite	Recusa	Licença Médica	Férias
Técnico de Enfermagem	20	14	3	1	2
Auxiliar de Enfermagem	4	1	3	0	0
Enfermeiro	14	11	1	1	1
Residente de Enfermagem	2	2	0	0	0

Fonte: Dados da pesquisa, Rio de Janeiro, Brasil (2023).

A equipe de enfermagem cumpre uma carga horária de 30 horas semanais, distribuídos conforme a escala abaixo, no Quadro 3.

Quadro 3 – Descrição da escala da equipe de enfermagem

FUNÇÃO	ESCALA
Enfermeira chefe	Seg a Sex
Enfermeira rotina	Seg a Sex
Enfermeiros plantonistas	24x120h
Técnica de enfermagem rotina	Seg a Sex
Técnicos de enfermagem plantonista	24x120h
Auxiliar de enfermagem	24x120h
Residentes de enfermagem (R1)	12x60h

Fonte: dados da pesquisa, Rio de Janeiro, Brasil (2023).

4.5 PERÍODO PANDEMIA COVID-19

Em dezembro de 2019, a cidade de Wuhan, localizada na província de Hubei, na China, vivenciou um surto de pneumonia de causa desconhecida. Em janeiro de 2020, pesquisadores chineses identificaram um novo coronavírus (SARS-CoV-2) como agente etiológico de uma síndrome respiratória aguda grave denominada doença do coronavírus 2019, ou simplesmente COVID-19 (Coronavírus Disease – 2019) (CAVALCANTE *et al.*, 2020).

No início do surto todos os casos estavam relacionados a um mercado de frutos do mar e animais vivos também em Wuhan. Nos primeiros 30 dias, a China registrou 11.821 casos e 259 óbitos. Ainda em janeiro, a doença foi registrada em outros países da Ásia, Europa e América do Norte. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Em um cenário com mais de 110 mil casos distribuídos em 114 países, a OMS decretou a pandemia no dia 11 de março de 2020 (CAVALCANTE *et al.*, 2020).

Em virtude da emergência de saúde pública de importância internacional declarada pela OMS em 30 de Janeiro de 2020, a instituição de calamidade pública no Estado do Rio de Janeiro pela lei estadual 8.794/2020 foi instaurada em março de 2020 devido à pandemia causada pelo novo coronavírus (COVID-19).

O primeiro caso conhecido pelo vírus SARS-CoV-2 foi registrado em 26 de fevereiro de 2020, com a primeira morte anunciada em 17 de março. Até o dia 1º de setembro do mesmo ano, a pandemia causou 122.596 óbitos, considerados apenas os dados notificados ao Ministério da Saúde do Brasil. Em 28 de agosto de 2020, o

Brasil foi o segundo país do mundo em número de mortes e casos de COVID-19 (STEIN *et al.*, 2021).

Diante disso, foi criado um Grupo de Trabalho Multidisciplinar para Enfrentamento à Pandemia de COVID-19 da UFRJ (GT-Coronavírus) que estabeleceu normas e ações de monitoramento da pandemia à comunidade da UFRJ. Portanto, todas as atividades acadêmicas e administrativas presenciais não essenciais foram suspensas, adotando as atividades remotas desde março de 2020 até outubro de 2020, quando se estabeleceu um plano de retomada gradual da comunidade acadêmica, que se estendeu até o ano de 2021.

Devido a esta pesquisa ser inicialmente um projeto de intervenção com um grupo de trabalho em serviço, a pesquisadora foi questionada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em abril de 2020 quanto a como iria continuar com a pesquisa, uma vez que havia sido instalado isolamento social e restrições nos ambientes de trabalho.

O projeto apresentava uma linha metodológica com intervenções educativas presenciais em grupo, logo, foi necessário readequar o projeto reorientando o método de coleta de dados, a fim de realizar ações que pudessem ser executadas pela pesquisadora dentro do período proposto pelo cronograma. Assim, foi valorizado, naquele momento, a importância do distanciamento social, pois era necessário manter a segurança da pesquisadora, bem como dos profissionais envolvidos na pesquisa.

Por conta de toda a alteração na parte da intervenção com os profissionais, na segunda etapa do método i-PARIHS, o cronograma foi alterado para que sua realização fosse possível.

5 COLETA DE DADOS

A primeira etapa conforme estrutura i-PARIHS iniciou no período de março de 2021. Nesta etapa ocorreu a pré-intervenção: contexto e características individuais e facilitação para o processo de implementação (HARVEY; KITSON, 2016).

Para o levantamento do Contexto foram utilizados os instrumentos descritos abaixo. O Apêndice D – Questionário: Conhecimento, práticas, barreiras e facilitadores para a entrevista com os profissionais de enfermagem; e o Apêndice C – Formulário para análise documental dos prontuários dos RNs admitidos em junho a setembro durante seus primeiros quatro dias de vida, pois a média de internação no AC é de dois a três dias. Abaixo segue o Quadro 4 referente à pré-intervenção.

Quadro 4 – Síntese da etapa de pré-intervenção segundo as dimensões do Contexto (interno e externo) da estrutura i-PARIHS, Rio de Janeiro, 2023

ETAPA 1: PRÉ - INTERVENÇÃO	
EVIDÊNCIAS (E)	
Primeira Evidência: o conhecimento dos profissionais	
Momento 1 Abordagem dos profissionais de enfermagem Coleta de dados: período de março de 2021	Apêndice A – Questionário: conhecimento e práticas dos profissionais de enfermagem, barreiras e facilitadores quanto avaliação e tratamento da dor do RN no alojamento conjunto.
Segunda Evidência: Informação da rotina derivada do contexto da prática local	
Momento 2 Análise documental dos prontuários dos recém-nascidos Coleta de dados: período de junho a setembro de 2021 Busca de evidências científicas padronizadas da instituição	Apêndice B – Formulário para análise de prontuário Anexo - POP Nº93 - Teste de Glicemia Capilar no Recém-nascido (RN). Anexo – Protocolo Manejo não farmacológico da dor neonatal. Anexo – Prescrição de Enfermagem do recém-nascido com terminologia CIPE®. Anexo – Avaliação de Riscos da Enfermagem. Implantação SAE com a terminologia CIPE®
CONTEXTO (E)	
Organização	
Diagnóstico situacional do Contexto O Contexto (interno e externo) ajuda o facilitador a compreender a natureza dinâmica da implementação.	Contexto Interno – o ambiente de trabalho local, a organização em que a unidade está localizada, profissionais de enfermagem que compõem o quadro de funcionários. Contexto Externo - sistema de saúde mais amplo na qual a organização está baseada e que reflete as infraestruturas políticas, sociais, reguladoras e políticas que cercam o contexto interno, descritas no método quanto à missão da instituição; infraestrutura do AC,

	protocolos assistenciais, implantação SAE com a terminologia CIPE®.
--	---

Fonte: dados da pesquisa, Rio de Janeiro, Brasil (2023).

Para o diagnóstico situacional, a coleta de dados foi realizada em dois momentos. No primeiro momento foi aplicado um questionário (Apêndice D) por meio de um formulário eletrônico via plataforma *Google Forms*® acompanhado de um texto com orientações sobre o adequado preenchimento.

Porém, antes do primeiro momento foi preciso realizar uma adaptação do questionário, pois ele foi criado para ser utilizado com profissionais que trabalham em uma UTIN. Uma vez que o cenário desta pesquisa foi o AC, que tem características físicas e nível de complexidade diferentes, foi necessário realizar adaptações no instrumento de pesquisa.

5.1 ADAPTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

O questionário utilizado na pesquisa foi adaptado de um instrumento já validado anteriormente por docentes do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança e Adolescente/NUPESC do Departamento Materno Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN-UFRJ). Esse questionário foi utilizado em um estudo similar na Maternidade Escola no setor da Unidade Intensiva Neonatal. O mesmo é composto por 33 questões (Anexo 1) objetivas, com perguntas fechadas e abertas (QUERIDO, 2014).

Para utilização do questionário junto aos profissionais de enfermagem do AC, houve a necessidade de realizar uma pequena adaptação e, com isso, uma nova validação com especialistas da área neonatal, sendo necessária a formação de um comitê de especialistas.

De acordo com Rosa *et al.* (2021) a avaliação de conteúdo deve ser realizada por um comitê composto por cinco a dez juízes/avaliadores especialistas na área do instrumento de medida. A avaliação por juízes pode envolver procedimentos qualitativos e quantitativos e o processo é iniciado com o convite aos membros do comitê de juízes.

A adaptação foi realizada por docentes e enfermeiros do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança e Adolescente/NUPESC do Departamento Materno Infantil, e o comitê de avaliadores se deu por conveniência. Em seguida foi

encaminhado convite para os avaliadores, sendo estimado um prazo de 10 dias para resposta. Após a confirmação da participação, foi encaminhada uma carta explicativa quanto à finalidade da pesquisa e sobre a adaptação do instrumento.

5.1.1 Critérios para escolha dos avaliadores

- Ter experiência profissional assistencial em área neonatal por no mínimo 3 anos. Este período tem como referência a Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras (SOBEP), que considera o profissional especialista para submissão da titulação a partir de 3 anos de experiência profissional;
- Ter, no mínimo, formação em grau de especialização ou mestrado na área neonatal.

5.1.2 Caracterização do comitê

Os juízes apresentaram idades que variaram de 30 a 48 anos (média de 40,8 anos e DP \pm 8,0). Os cinco juízes apresentaram conhecimento na temática sobre manejo da dor do RNs e participam do Grupo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde do Recém-nascido e sua Família. Um juiz possui título doutorado na área materno-infantil, quatro possuem título de mestrado na área materno-infantil e um possui especialização em nível de residência na área neonatal. Todos possuem mais de 5 anos de experiência de prática assistencial profissional com RNs.

O comitê foi formado por 5 (cinco) enfermeiras especialistas em neonatologia elas foram identificadas como: Juiz 1, Juiz 2, Juiz 3, Juiz 4 e Juiz 5, e a identificação foi utilizada conforme o recebimento das validações.

A readaptação foi realizada entre os meses de novembro e dezembro de 2020. Esse processo ocorreu após aprovação de emenda ao CEP ocorrido no mês de outubro de 2020. O questionário foi encaminhado de forma remota e os dados coletados foram inseridos em um banco de dados na planilha eletrônica Microsoft Excel versão 2013.

Vale esclarecer que a participação dos juízes não os caracterizou como sujeitos da pesquisa, sendo assim dispensável a aprovação de Comitê de Ética em

Pesquisa envolvendo seres humanos e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foi utilizado o processo de validade de conteúdo, que se refere ao grau em que o conteúdo de um instrumento reflete adequadamente o construto que está sendo medido. Ou seja, é a avaliação do quanto uma amostra de itens é representativa de um universo definido ou domínio de um conteúdo (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Durante essa fase os juízes poderiam sugerir a inclusão ou exclusão de itens nos domínios e opinar se os itens realmente pertencem ao domínio correspondente. O questionário inicial contava com 32 questões, as 30 primeiras questões fechadas e as duas últimas abertas.

Após a validação do questionário com os juízes, houve uma reunião entre a pesquisadora e sua orientadora da pesquisa para realização do feedback das respostas dos juízes. Ressalta-se que a orientadora da pesquisa possui vasta experiência em ensino, pesquisa, assistência e extensão e foi essencial para o processo de validação do instrumento.

O questionário final resultou em quatro blocos com total de 53 questões, em que o primeiro bloco manteve perguntas que tiveram como objetivo caracterizar o perfil dos profissionais de saúde e sua formação profissional. Esse bloco ficou com um total de 11 perguntas semiabertas. O segundo bloco resultou em perguntas que têm por objetivo identificar o conhecimento na avaliação e manejo da dor do RN, e resultou em um total de 20 perguntas fechadas.

O terceiro bloco resultou em perguntas que tiveram por objetivo avaliar a prática quanto a avaliação e manejo da dor do RN no AC. Esse bloco totalizou 22 perguntas fechadas. Por fim, o quarto bloco, que tinha por objetivo identificar as barreiras e os facilitadores no emprego de medidas para o alívio da dor do RN no AC, procedeu com duas perguntas abertas. Abaixo segue Tabela 2 com a avaliação da estrutura e os domínios do questionário.

Tabela 2 – Percentual de Concordância entre juízes quanto à abrangência dos domínios

1º Domínio: Conhecimento	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5
Abrangência	85,70%	100%	100%	100%	100%
Clareza	100%	71,42%	85,70%	100%	85,70%
Representatividade	100%	100%	100%	100%	100%

2º Domínio: Prática	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5
Abrangência	95,60%	100%	91,30%	100%	95,60%
Clareza	86,90%	82,60%	91,30%	86,90%	82,60%
Representatividade	100%	100%	100%	100%	100%
3º Domínio: Barreira e facilitação	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5
Abrangência	100%	100%	100%	100%	100%
Clareza	100%	50%	100%	100%	50%

Fonte: dados da pesquisa, Rio de Janeiro, Brasil (2021).

Na avaliação do 1º Domínio/Conhecimento, o resultado da aplicação do percentual de concordância no quesito abrangência entre os juízes foi superior ao recomendado de 90%.

No quesito abrangência houve uma concordância entre os juízes de aproximadamente 97,4%. O Juiz 1 sugeriu remanejar a questão de número 7, presente no bloco domínio do conhecimento, para o bloco domínio da prática, e a sugestão foi aceita pela pesquisadora. Assim, a questão foi realocada.

Em relação à clareza dos itens, a maioria das questões recebeu concordância acima de 80%, o que corrobora que os itens foram descritos de forma adequada. Visando melhor compreensão, foi solicitado pelos Juízes 2 e 5 a reescrita da questão de número 2, já que a questão de número 3 também foi ajustada de acordo com as sugestões do Juiz 3. Todas as sugestões de alterações foram atendidas.

Quanto à representatividade, a maioria das questões recebeu 100% de concordância, apenas o Juiz 5 pontuou sobre a questão 7, que foi reescrita para domínio da prática. Os resultados desse domínio demonstram que os itens são relevantes e pertinentes aos objetivos propostos.

Em relação ao 2º Domínio/Prática, que inicia no questionário a partir da questão de número 8 e segue até a questão de número 30, houve uma concordância total de 91,3% dos juízes no quesito abrangência. O Juiz 1 sugeriu que a questão de número 21, que versa sobre a inclusão dos pais no manejo da dor, fosse incluída no domínio do conhecimento. A sugestão foi aceita e a questão foi incluída no domínio do conhecimento. O Juiz 3 também sugeriu que fossem incluídas as questões de números 9 e 10, que descreviam sobre escalas de dor, no domínio do conhecimento; a sugestão foi aceita e foram mantidas as questões 9 e 10 no domínio da prática e também adicionadas ao domínio do conhecimento.

Ainda no quesito abrangência, o Juiz 5 entendeu que as questões de números 13, 14, 15, 16, 17 e 18, que descreviam sobre medidas de alívio da dor, deveriam ser realocadas para o domínio do conhecimento. Ademais, nenhum outro juiz sugeriu esta modificação, de modo que ficou estabelecida a permanência das questões no domínio da prática e a adição das questões sobre medidas de alívio da dor no domínio do conhecimento.

O Juiz 5 também sugeriu que a questão de número 28 fosse removida do domínio da prática e realocada para o domínio do conhecimento. A sugestão foi aceita pela pesquisadora e orientadora, considerando que é relevante o registro da pergunta no domínio do conhecimento.

No quesito clareza, os juízes de uma forma geral fizeram pequenas sugestões sobre a formulação das frases. O Juiz 1 sugeriu reformulação das questões de números 9, 19 e 26. Já o Juiz 2 sugeriu o ajuste das questões de número 11, 12, 14, e 29. O Juiz 3 solicitou correção apenas das questões de número 13 e 27. O Juiz 4 sugeriu ajustes em relação às questões de número 11, 12 e 18 e o Juiz 5 sugeriu que as questões de número 22, 23 e 26 fossem ajustadas. Todas as sugestões apresentadas pelos juízes foram aceitas e as perguntas ajustadas.

Em relação à representatividade, houve concordância de 100% entre os juízes, o que reafirma que a estrutura e sequência do questionário estavam em concordância e refletem os conceitos envolvidos, isto é, se são relevantes e se são adequados para atingir os objetivos propostos.

No 3º Domínio/Barreira e facilitação, os juízes avaliaram as duas últimas perguntas, que foram confeccionadas de forma aberta. Quanto a abrangência e representatividade, as duas questões apresentaram concordância de 100% entre os juízes, demonstrando que os itens são importantes para os objetivos propostos.

Quanto ao quesito clareza, houve concordância de 80% entre juízes e foi solicitado pelos Juízes 2 e 5 que os textos fossem reescritos de forma a não limitar os profissionais em suas contribuições. As sugestões foram aceitas e as perguntas modificadas. As tabelas a seguir descrevem o índice de validade de conteúdo pelos juízes.

Tabela 3 – Concordância entre juízes utilizando Índice de Validade de Conteúdo (IVC) por item do instrumento

Perguntas do questionário/Domínio Conhecimento	Índice de validade de conteúdo (IVC)	IVC Médio
---	---	----------------------

	JUIZ 1	JUIZ 2	JUIZ 3	JUIZ 4	JUIZ 5	
1. Considero a dor como um dos sinais vitais do recém-nascido.	4	4	4	4	4	1
2. Prevenir ou minimizar a dor em recém-nascidos no alojamento conjunto deve ser objetivo dos profissionais de saúde que se importam com recém-nascidos.	4	3	4	4	3	1
3. Cada instituição deve ter diretrizes escritas, com base nas evidências existentes e emergentes para uma prevenção gradual da dor e um plano de tratamento, que inclui o uso criterioso de procedimentos, avaliação de rotina de dor, uso terapias não farmacológicas e farmacológicas para a prevenção da dor no alojamento conjunto.	4	4	3	4	4	1
4. O contexto ambiental influencia na forma como o recém-nascido expressa a dor.	4	3	4	4	3	1
5. Comportamentos do recém-nascido como movimentos faciais e corporais podem ser interpretados como um indicador de dor.	4	4	4	4	4	1
6. Recém-nascidos que são submetidos a repetidos procedimentos dolorosos no alojamento conjunto (ex: punção de calcâneo, punções intravenosas, aspiração VAS, injeção IM) podem ter seu sistema neurocognitivo alterado.	4	4	4	4	4	1
7. Posuo conhecimento sobre medidas não farmacológicas para o alívio da dor aguda em recém-nascidos no alojamento conjunto.	2	4	4	4	3	0,8
IVC geral domínio						0,97

Fonte: dados da pesquisa, Rio de Janeiro, Brasil (2021).

Tabela 4 – Concordância entre juízes utilizando Índice de Validade de Conteúdo (IVC) por item do instrumento

Perguntas do questionário - 2º Domínio Prática	Índice de validade de conteúdo (IVC)					IVC Médio
	JUIZ 1	JUIZ 2	JUIZ 3	JUIZ 4	JUIZ 5	
8. Utilizo escalas para avaliar a dor em recém-nascidos a cada verificação sinal vital.	4	4	4	4	4	1
9. Utilizo escala unidimensional para avaliação de dor em recém-nascidos antes, durante e após o procedimento doloroso no alojamento conjunto.	3	4	3	4	4	1
10. Utilizo escala multidimensional para avaliação de dor em recém-nascidos antes, durante e após o procedimento doloroso no alojamento conjunto.	3	4	3	4	4	1
11. Avalio a dor em recém-nascidos por meio do choro?	4	2	4	2	4	0,6
12. Avalio a dor em recém-nascidos por meio mímica facial?	4	2	4	2	4	0,6

13. Utilizo amamentação para alívio da dor do recém-nascido ao realizar procedimento doloroso no alojamento conjunto.	4	4	3	4	3	1
14. Utilizo o contato pele a pele para aliviar a dor do recém-nascidos durante a realização de procedimentos dolorosos no alojamento conjunto.	4	3	4	4	3	1
15. Ofereço leite materno via oral para alívio da dor durante a realização de procedimentos dolorosos no alojamento conjunto.	4	4	4	4	3	1
16. Utilizo a sucção não nutritiva com dedo enluvado para aliviar a dor do recém-nascidos durante a realização de procedimentos dolorosos no alojamento conjunto.	4	4	4	4	3	1
17. Utilizo a sucção não nutritiva com dedo enluvado associada a glicose oral a 25% para aliviar a dor do recém-nascidos durante a realização de procedimentos dolorosos.	4	4	4	4	3	1
18. Utilizo 1ml de glicose a 25 % no terço médio da língua antes do procedimento doloroso para aliviar a dor do recém-nascido.	4	4	4	3	3	1
19. A glicose 25% oral não é efetiva para a dor moderada a severa.	4	4	4	4	4	1
20. Associo mais de uma medida não farmacológica para alívio da dor do recém-nascido durante a realização de procedimentos dolorosos no alojamento conjunto.	4	4	4	4	4	1
21. Os pais participam do manejo da dor neonatal no alojamento conjunto.	2	4	4	4	4	0,8
22. Registro o número de procedimentos dolorosos que o recém-nascido realizou nas 24 horas no prontuário do recém-nascido.	4	4	4	4	3	1
23. Registro no prontuário do RN as medidas de alívio da dor utilizada durante o procedimento doloroso nas 24 horas.	4	4	4	4	3	1
24. Executo ações coordenadas com a equipe de enfermagem com foco no manejo da dor durante procedimentos dolorosos (punção venosa periférica, injeções intramusculares, punção de calcâneo e aspirações VAS).	4	4	4	4	4	1
25. Executo ações coordenadas com a equipe Multiprofissional com foco no manejo da dor durante procedimentos dolorosos (punção venosa periférica, injeções intramusculares, punção de calcâneo e aspirações VAS).	4	4	4	4	4	1
26. Os profissionais de saúde receberam treinamento e atualização sobre o manejo da dor neonatal no alojamento conjunto.	2	4	4	4	3	0,8
27. A equipe de enfermagem recebe treinamentos e atualizações periódicas sobre o manejo da dor neonatal no alojamento conjunto.	4	4	3	4	4	1

28. A punção no dorso da mão é considerada o local mais indicado para realizar a coleta de sangue para o teste de glicemia capilar no recém-nascido ao invés da punção no calcanhar.	4	4	4	4	4	1
29. Realizo o pré-aquecimento do calcâneo antes de puncionar realizar a glicemia.	4	3	4	4	4	1
30. Realizo o rodízio do calcâneo a cada coleta de sangue para glicemia capilar do RN.	4	4	4	4	4	1
IVC geral domínio						0,95

Fonte: dados da pesquisa, Rio de Janeiro, Brasil (2021).

A seguir, a Tabela 5 com os itens que foram avaliados pelo IVC individualmente segundo o domínio da barreira e facilitação.

Tabela 5 – Percentual de Concordância entre juízes quanto a clareza e representatividade do domínio barreira/facilitação

Perguntas do questionário – 3º Domínio Barreira/facilitação	Índice de validade de conteúdo (IVC)					IVC Médio
	JUIZ 1	JUIZ 2	JUIZ 3	JUIZ 4	JUIZ 5	
	1. Cite por ordem de prioridade até 5 (cinco) facilitadores que podem contribuir para a utilização de medidas não farmacológicas para o alívio da dor em recém-nascido no alojamento conjunto.	4	3	4	4	
2. Cite por ordem de prioridade até 5 (cinco) barreiras que podem impedir ou dificultar a utilização de medidas não farmacológicas para o alívio da dor em recém-nascido no alojamento conjunto.	4	3	4	4	3	0,8
IVC geral domínio						0,8

Fonte: dados da pesquisa, Rio de Janeiro, Brasil (2021).

A maioria dos itens obtiveram valores de IVC = 1,00. As questões 11 e 12 apresentaram IVC menor que 0,78 e obtiveram valores de IVC igual a 0,60 respectivamente. Houve sugestões para que as perguntas fossem reescritas de forma que ficassem na afirmativa, retirando o ponto de interrogação da frase. A sugestão foi sinalizada pelos Juízes 2 e 4 e aceita pela pesquisadora.

O instrumento construído apresentou IVC geral de 0,91 variando de 0,80 a 1,00 entre os domínios, ou seja, sempre acima do 0,78 recomendados pela literatura. Os juízes sugeriram poucas modificações no instrumento, visando principalmente melhor compreensão acerca de cada questão.

Foi realizada uma reunião para feedback do material validado. A reunião contou com a participação da pesquisadora e a orientadora da pesquisa, e foi realizada no dia 15 de janeiro de 2021 de forma remota. O objetivo principal da reunião foi analisar as observações realizadas pelos juízes e reformular perguntas e verificação das redações. Foi necessário acrescentar ao questionário dados sobre caracterização dos profissionais de enfermagem, aumentando o número final das questões.

Após esta adaptação, o questionário foi transcrito para formato eletrônico e foi disponibilizado aos entrevistados por meio de um tablet, fornecido pela pesquisadora, para que pudessem responder às perguntas.

O questionário possui quatro blocos: o primeiro sobre a caracterização dos profissionais (formação profissional, atuação profissional qualificação profissional, fontes de atualização, cursos), o segundo sobre os conhecimentos, avaliação e manejo da dor do RN, o terceiro sobre prática do manejo da dor do RN e o quarto sobre os fatores que geram barreiras e facilitação para implementação da medida de alívio da dor do RN.

O questionário foi composto por: questões abertas e fechadas no primeiro bloco; 20 questões fechadas no segundo bloco, com respostas tipo Likert (“discordo totalmente”, “discordo parcialmente”, “não sei opinar”, “concordo parcialmente” e “concordo totalmente”); 23 questões fechadas no terceiro bloco, com respostas tipo Likert (“sempre”, “frequentemente”, “ocasionalmente”, “raramente” e “nunca”); e, por fim, duas perguntas abertas no quarto bloco, uma sobre barreira e outra sobre facilitadores (Apêndice B).

O profissional de enfermagem que aceitou participar foi encaminhado para uma sala reservada para o preenchimento do formulário, onde a pesquisadora estava disponível para esclarecimentos de dúvidas no momento do preenchimento do questionário. A abordagem ao profissional de enfermagem se dava no período em que o profissional estava saindo do plantão, para que não pudesse interferir nas atividades laborais.

As principais variáveis utilizadas para associar conhecimento de cada categoria foram as questões: 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 15 e 17, nas quais espera-se que os profissionais tenham conhecimento suficiente para escolher a resposta “concordo totalmente”, tendo uma afirmação com 100% de convicção quanto ao tema questionado.

No bloco da prática, as principais variáveis utilizadas foram as questões: 2, 3, 4, 5, 6, 8, 11, 18, 20 e 21, nas quais espera-se que os profissionais tenham conhecimento suficiente para escolher a resposta “sempre”, tendo uma afirmação com 100% de convicção quanto ao tema questionado.

5.2 DIMENSIONAMENTO DA DOR DO RECÉM-NASCIDO

A segunda etapa foi realizada com consulta a uma fonte secundária, utilizando os prontuários físicos dos RNs internados no alojamento conjunto. A consulta foi realizada no período de agosto a setembro de 2021, para o levantamento do número de procedimentos realizados nos RNs.

No levantamento de prontuários elegidos por conveniência, os dados coletados tiveram as seguintes variáveis: idade gestacional, peso de nascimento, data de nascimento, procedência, tempo de internação, procedimentos dolorosos, medidas não farmacológicas e registro de avaliação da dor durante o procedimento.

O período estabelecido de internação foi de até 4 dias, uma vez que RNs nascidos de parto vaginal têm sua alta estabelecida após 48 horas e RNs nascidos de cesárea de 48 a 72 horas. Assim, estabelecemos mais um dia limite para inclusão de aqueles que, por algum motivo, puderam passar desse período.

Desse modo, o critério de inclusão foi: RNs que tivessem sido internados no período da coleta de dados, sem nenhum tipo de complicações pós-nascimento, sendo excluídas as altas hospitalares em período superior a cinco dias, óbitos e transferências.

Como forma de sistematizar a coleta dos dados nos prontuários, a identificação dos registros dos RNs deu-se a partir do livro de admissão da unidade e, em seguida, a captação do número do prontuário. Após esse momento foram analisados 72 prontuários na fase de pré-intervenção.

O prontuário do RN é composto por: ficha de admissão, folha de controle de dados fisiológicos, prescrição médica, evolução médica, evolução e anotações de enfermagem.

Os registros de manejo e avaliação de dor de cada prontuário do RN foram transferidos para um formulário de análise documental (Apêndice C). Cabe destacar que a maternidade utiliza processo de enfermagem e a terminologia da Classificação

Internacional para a Prática de Enfermagem /CIPE® (ALMEIDA *et al.*, 2021; QUERIDO *et al.*, 2022).

A utilização do subconjunto terminológico da CIPE® para RNs em AC possibilita a organização do conhecimento necessário na área, funcionando como ferramenta facilitadora para subsidiar etapas do Processo de Enfermagem no Alojamento Conjunto, o que permite a implementação de ações voltadas à educação em saúde, a prevenção, a promoção e a recuperação de saúde do RN (ALMEIDA *et al.*, 2021).

Este subconjunto terminológico é considerado como um quadro de referência para o ensino de graduação e pós-graduação na enfermagem perinatal, neonatal e obstétrica, por constituir uma tecnologia que orienta a prática clínica de enfermagem no AC.

Cada enfermeiro que está de plantão realiza diariamente avaliação clínica do RN e a registra na evolução de enfermagem (Anexo 6). O diagnóstico é registrado na prescrição de enfermagem (Anexo 7). Nas folhas de anotação de enfermagem há registro dos enfermeiros e dos técnicos de enfermagem.

6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados dos questionários foram importados do *Google Forms*[®] para um banco de dados em uma planilha eletrônica Microsoft Excel[®] versão 2013. Os dados foram exportados para o programa de análises estatísticas *IBM SPSS Statistics version*[®] 24 para a realização da análise estatística descritiva.

Os dados são apresentados em frequência absoluta e porcentagem, em valores média, moda e desvio padrão. Para as medidas de tendência central e de variabilidade, o nível de significância utilizado foi de 5%. O nível de significância de 5% é o valor da probabilidade de um evento ocorrer, então se for menor que 5% o efeito é significativo com alta probabilidade de ocorrer e se for maior ou igual a isso, o efeito de ocorrer é menor.

Como já foi mencionado, as principais variáveis utilizadas para associar conhecimento em cada categoria foram as questões 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 15 e 17, nas quais espera-se que os profissionais tenham conhecimento suficiente para escolher a resposta “concordo totalmente”, tendo uma afirmação com 100% de convicção quanto ao tema questionado. No bloco da prática, as principais variáveis utilizadas foram as questões 2, 3, 4, 5, 6, 8, 11, 18, 20 e 21, nas quais espera-se que os profissionais tenham conhecimento suficiente para escolher a resposta “sempre”, tendo uma afirmação com 100% de convicção quanto ao tema questionado.

Após tais etapas, foi realizada a comparação da diferença das respostas entre categorias (técnico de enfermagem e enfermeiro), contudo, diante de muitas variáveis de respostas e uma amostra limitada, para a não subestimação do resultado foi escolhido o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

O teste de Kruskal-Wallis é um teste não paramétrico, ou seja, não precisa que a distribuição da probabilidade seja normal, sendo esta uma premissa estatística. Foi escolhido esse teste devido à amostra ser pequena, elevando o cálculo do desvio padrão e, assim, influenciando a média. Tendo em vista que, na maioria das vezes, pode ser dito que o teste de Kruskal-Wallis compara as medianas, esta medida não é influenciada pelos dados como a média é.

A partir disso, foi comparada a diferença de respostas entre técnicos de enfermagem e os enfermeiros face às perguntas do 2º e 3º blocos, que discorriam sobre conhecimento e práticas dos profissionais de enfermagem quanto ao manejo da dor do RN.

7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente CAAE de nº30042420.0.0000.5238 e coparticipante CAAE de nº 30042420.0.3001.5275 e Número do Parecer: 4.323.745, respeitando todos os princípios éticos determinados na Resolução 466/2012 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram atendidas as normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos prevista na Resolução nº 466 de dezembro de 2012, que diz respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade e assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida.

De acordo com a resolução nº 580 de 22 de março de 2018, foi respeitada a rotina do serviço de assistência da Instituição coparticipante. A pesquisa não interferiu nas atividades profissionais dos trabalhadores no período em que eles estavam na escala de serviço e foram respeitados os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Os profissionais de saúde foram informados quanto aos objetivos do estudo e, antes da coleta de dados, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE, conforme (Apêndice A).

A pesquisa foi autofinanciada e não acarretará qualquer dano aos participantes da pesquisa. Quanto aos riscos da pesquisa, consistem em possíveis desconfortos no momento de responder ao questionário e medo de repercussões eventuais. Durante o tempo de resposta do participante ao questionário, faremos o possível para auxiliá-lo(a) caso o desconforto ocorra, esclarecendo-o(a) ou tranquilizando-o(a).

Benefícios da pesquisa: aumentar o conhecimento científico para a área da enfermagem neonatal, aprimorando nossa forma de cuidar dos RNs frente aos procedimentos que necessitam ser realizados.

Resultados esperados: Posteriormente a identificação do diagnóstico situacional do contexto local, buscar compreender as necessidades oriundas da prática dos profissionais de saúde que atuam no AC, para que as intervenções educativas possam ser implementadas de forma mais eficiente e eficaz.

O pesquisador se responsabilizará em divulgar os resultados da pesquisa para os participantes da instituição onde os dados foram coletados, ao término do estudo, respeitando o Art. 9º da resolução nº 580, de 22 de março de 2018.

8 RESULTADOS

8.1 ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS

8.1.1 Caracterização dos profissionais de enfermagem

Dos 28 profissionais de enfermagem (11 enfermeiros, 14 técnicos de enfermagem, um auxiliar de enfermagem e duas residentes de enfermagem) que caracterizaram os participantes do estudo, 26 (92,9%) são do sexo feminino e dois (7,1%) do sexo masculino. A média de idade foi de 37,4 anos (DP=8,5 anos).

Ainda sobre a formação dos técnicos de enfermagem, dez possuem ensino superior, oito deles possuem graduação em enfermagem e cinco possuem especialização na área materno-infantil. Em relação à formação profissional, 46,4% têm especialização na área materno infantil, um tem mestrado (3,5%), e uma (3,5%) possui título de doutor.

Quanto ao tempo de experiência profissional com cuidados na área da enfermagem, a maioria dos profissionais possuía entre 3 a 6 anos (35,7%), e 32,1% tinham experiência maior que 7 anos. Observa-se ainda que 3,5% não responderam à pergunta.

Perguntamos também sobre o tempo de trabalho no AC. Os profissionais responderam ter menos de 3 anos de experiência (28,5%), entre 3 a 6 anos (35,7%) ou com 7 anos ou mais (32,1%), sendo que dois (7,1%) não responderam à pergunta. A maioria (60,7%) dos profissionais atuantes no serviço é concursada do quadro efetivo da Autarquia e 32,1% são contratados.

Quanto aos profissionais terem recebido alguma informação sobre o manejo da dor do RN durante sua formação profissional, 71,4% responderam positivamente que receberam informações sobre assunto durante sua formação, enquanto 28,5% responderam que não.

A maioria (75%) dos profissionais de enfermagem não participou de algum curso/treinamento sobre o manejo da dor no RN nesta instituição, enquanto apenas 25% dos profissionais de enfermagem relataram ter participado de treinamentos que envolveram a temática.

Quando abordados se existia alguma diretriz ou protocolo sobre manejo da dor do RN no AC, a maioria (60,7%) não soube responder, já 35,7% responderam que

existe um protocolo e 3,5% responderam que não existe, dados estes contidos na Tabela 6, abaixo.

Tabela 6 – Caracterização dos profissionais de enfermagem, de acordo com idade, sexo, formação profissional, tempo de atuação, vínculo profissional, curso/treinamento no manejo da dor do recém-nascido no alojamento conjunto. Rio de Janeiro, 2023

	ITENS	N	%
Sexo	Feminino	26	92,9
	Masculino	2	7,1
Formação Profissional	Ensino médio técnico	5	17,9
	Graduação	10	35,7
	Especialização lato sensu	7	25,0
	Especialização residência	6	21,4
	Mestrado	1	3,6
	Doutorado	1	3,6
	Quanto tempo de experiência profissional com cuidados com recém-nascido você tem?	Menos de 3 anos	8
3 a 6 anos		10	35,7
7 anos ou mais		9	32,1
Sem informação		1	3,6
Quanto tempo você trabalha no alojamento conjunto?	Menos de 3 anos	8	28,6
	3 a 6 anos	10	35,7
	7 anos ou mais	8	28,6
	Sem informação	2	7,1
Qual seu vínculo funcional nesta maternidade?	Contratado	9	32,1
	Funcionário público	17	60,7
	Residente	2	7,1
Categoria profissional que ocupa nesta instituição?	Auxiliar ou técnico (a) de enfermagem	15	53,6
	Enfermeiro (a) ou residente de enfermagem	13	46,4
Você recebeu alguma informação sobre o manejo da dor do recém-nascido durante sua formação profissional?	Não	08	28,6
	Sim	20	71,4
Você participou de algum curso/treinamento sobre o manejo da dor no recém-nascido nesta instituição?	Não	21	75,0
	Sim	7	25,0
Qual foi o curso/treinamento que abordou o manejo da dor do recém-nascido nesta maternidade?	Aperfeiçoamento das práticas de enfermagem do trabalho materno infantil	1	3,6
	Atualização em saúde perinatal	3	10,7
	Dor na UTI	1	3,6

	Imersão na ME	1	3,6
	Manejo da dor em recém-nascido	1	3,6
	Não se aplica	21	75,0
Nesta maternidade existe alguma diretriz, protocolo ou rotina sobre avaliação e manejo da dor do recém-nascido no alojamento conjunto?	Não	1	3,6
	Não sei responder	17	60,7
	Sim	10	35,7
	Mínimo-Máximo	Mediana	Média (± DP)
Idade	26,0-55,0	37,5	37,4 (± 8,5)

Fonte: dados da pesquisa, Rio de Janeiro, Brasil (2023).

8.1.2 Conhecimento dos profissionais de enfermagem

A Tabela 7 apresenta as respostas dos profissionais de enfermagem quanto ao conhecimento sobre o manejo da dor neonatal. Observa-se que a maior parte dos técnicos e auxiliar de enfermagem respondeu concordando parcialmente ou concordando totalmente com as afirmações das seguintes questões: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 19 e 20; e discordaram totalmente ou parcialmente ou não souberam opinar em relação às afirmações das questões 13 e 16 (Tabela 7).

Quanto aos enfermeiros, a maior parte deles respondeu concordando parcialmente ou concordando totalmente com as afirmações das seguintes questões: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19 e 20; e discordaram totalmente ou parcialmente ou não souberam opinar em relação à afirmação da questão 16 (Tabela 7).

A maioria dos técnicos/auxiliar de enfermagem (80%) e enfermeiros/residentes (92,3%) concordou parcialmente/totalmente que a dor é considerada como um dos sinais vitais do RN. Observa-se que 20% dos técnicos/auxiliar de enfermagem não souberam opinar, e 7,7% dos enfermeiros e residentes discordaram parcialmente desse assunto.

A maioria dos técnicos/auxiliar de enfermagem (86,6%) e enfermeiros/residentes (69,3%) concorda parcialmente/totalmente que a dor do RN do AC, muitas vezes, não é reconhecida pelos profissionais de saúde. Ao mesmo tempo, 13,4% dos técnicos/auxiliar e enfermeiros/residentes (30,8%) discordaram totalmente/parcialmente.

Em relação ao reconhecimento da dor, mais especificamente à afirmativa sobre comportamentos do RN como movimentos faciais e corporais poderem ser interpretados como um indicador de dor, observa-se que a maioria dos técnicos/auxiliar (93,3%) e todos os enfermeiros/residentes (100%) concordam parcialmente/totalmente. Apenas 6,7% dos técnicos/auxiliar não souberam opinar.

Quanto à afirmativa de que prevenir ou minimizar a dor em RNs no AC devem ser objetivos dos profissionais de saúde que são comprometidos com a qualidade da assistência do RN, observa-se que todos os técnicos/auxiliar (100%) e enfermeiros/residentes (100%) concordam totalmente.

A maioria dos técnicos/auxiliar (86,6%) e todos os enfermeiros/residentes (100%) concordam parcialmente/totalmente quanto à afirmativa de que a dor do RN deve ser sistematizada e avaliada pelos profissionais de saúde. Ao mesmo tempo, 13,4% dos técnicos/auxiliar discordam parcialmente ou não souberam opinar.

Quanto à afirmativa de que o uso de escalas de avaliação da dor do RN no AC é importante para a prática profissional, a maioria dos técnicos/auxiliar (93,4%) e todos os enfermeiros/residentes (100%) concordam parcialmente/totalmente, enquanto 6,7% dos técnicos/auxiliar não souberam opinar.

Todos os técnicos/auxiliar (100%) e enfermeiros/residentes (100%) concordam parcialmente/totalmente quanto à afirmativa de que a avaliação da dor deve fazer parte da prática da prescrição médica e de enfermagem.

Em relação à afirmativa de que durante o procedimento doloroso é imprescindível para a prática assistencial que a avaliação da dor do RN seja realizada antes, durante e depois, todos os técnicos/auxiliar (100%) e enfermeiros/residentes (100%) concordam parcialmente/totalmente.

No que diz respeito à afirmativa de que o contato pele a pele promove o alívio da dor do RN durante os procedimentos dolorosos, todos os técnicos/auxiliar (100%) concordam totalmente, enquanto todos os enfermeiros/residentes (100%) concordam parcialmente/totalmente.

Na afirmativa que discorre sobre a amamentação promover o alívio da dor do RN durante os procedimentos dolorosos, todos os auxiliares/técnicos (100%) concordam totalmente, e a maioria dos enfermeiros/residentes (92,3%) concorda totalmente, porém 7,7% não souberam opinar.

Quanto se a sucção com dedo enluvado associada a glicose via oral a 25% promove o alívio da dor do RN durante os procedimentos dolorosos, todos os

técnicos/auxiliar (100%) concordam parcialmente/totalmente, e a maioria dos enfermeiros/residentes (92,3%) concordam totalmente, porém 7,7% não souberam opinar.

Na afirmativa de que os pais podem participar/ajudar no manejo da dor do RN no AC, todos os técnicos/auxiliar (100%) concordam parcialmente/totalmente, e todos os enfermeiros/residentes (100%) concordam totalmente.

Em relação à afirmativa que abordava os sedativos, foi perguntado se os mesmos aliviam a dor do RN; a esse respeito, 66,6% dos técnicos/auxiliar discordam totalmente/parcialmente ou não souberam opinar, e 77% dos enfermeiros/residentes concordam parcialmente/totalmente.

Quanto à afirmativa que questiona se os analgésicos e opioides aliviam a dor do RN, 79,9% dos técnicos/auxiliar concordam parcialmente/totalmente, enquanto 20,1% discordam totalmente/parcialmente ou não souberam opinar. Dos enfermeiros/residentes, 92,3% concordam parcialmente/totalmente, enquanto 7,7% discordam totalmente.

Na afirmativa em que foram perguntados se os RNs que são submetidos a repetidos procedimentos dolorosos no AC podem ter seu sistema neuro cognitivo alterado, 60% dos técnicos/auxiliar concordam parcialmente/totalmente, 33,3% não souberam opinar e 6,7% discordam totalmente. Dos enfermeiros/residentes, 84,6% concordam parcialmente/totalmente, enquanto 15,4% não souberam opinar.

Quanto à afirmativa sobre a punção no dorso da mão, perguntamos se a técnica é considerada o local mais indicado para realização da coleta de sangue para o teste de glicemia capilar no RN ao invés da punção no calcanhar; a esse respeito, 46,7% dos técnicos/auxiliar não souberam opinar e 33,3% discordam totalmente/parcialmente, enquanto 30,8% dos enfermeiros/residentes não souberam opinar, 46,2% discordam parcialmente/totalmente e 23% concordam parcialmente/totalmente.

Perguntamos se o registro da avaliação da dor do RN em prontuário resulta em medida para alívio da dor no RN; nesse sentido, 60% dos técnicos/auxiliar concordam parcialmente/totalmente, 26,6% não souberam opinar e 13,4% discordam totalmente/parcialmente, enquanto 77% dos enfermeiros/residentes concordam parcialmente/totalmente e 23% discordam totalmente.

Quanto à afirmativa se a decisão conjunta de profissionais (enfermeiros, médicos, fonoaudiólogo, fisioterapeuta) são necessárias para o manejo eficiente da

dor do RN, 100% dos técnicos/auxiliar concordam totalmente, enquanto 92,3% dos enfermeiros/residentes concordam parcialmente/totalmente e apenas (7,7%) discordam totalmente.

Com relação ao contexto ambiental (iluminação, ruídos, dentre outros), se esse podem alterar as reações de como o RN expressa a dor, a maioria dos técnicos/auxiliar (93,3%) concorda parcialmente/totalmente e 6,7% discordam parcialmente, enquanto a maioria dos enfermeiros/residentes (92,3%) concorda parcialmente/totalmente, sendo que 7,7% não souberam opinar.

Quanto se a instituição deve ter protocolos/procedimentos operacionais padrão para o manejo da dor do RN de acordo com as competências de cada profissional de saúde no AC, a maioria dos técnicos/auxiliar (93,3%) concorda parcialmente/totalmente e 6,7% não souberam opinar, enquanto 100% dos enfermeiros/residentes concordam parcialmente/totalmente (Tabela 7).

Tabela 7 – Conhecimento dos profissionais de enfermagem no manejo da dor do recém-nascido no alojamento conjunto. Rio de Janeiro, 2023

Questões		Itens por categoria profissional			
		Auxiliar/ técnica (o) de enfermagem		Enfermeira (o)	
		n	%	n	%
1. Considero a dor como um dos sinais vitais do recém-nascido.	Discordo totalmente	0	0	0	0
	Discordo parcialmente	0	0	1	7,7
	Não sei opinar	3	20	0	0
	Concordo parcialmente	2	13,3	1	7,7
	Concordo totalmente	10	66,7	11	84,6
2. A dor do recém-nascido do alojamento conjunto muitas vezes não é reconhecida pelos profissionais de saúde.	Discordo totalmente	1	6,7	2	15,4
	Discordo parcialmente	1	6,7	2	15,4
	Não sei opinar	0	0	0	0
	Concordo parcialmente	7	46,6	3	23,1
	Concordo totalmente	6	40	6	46,1
3. Comportamentos do recém-nascido como movimentos faciais e corporais podem ser interpretados como um indicador de dor.	Discordo totalmente	0	0	0	0
	Discordo parcialmente	0	0	0	0
	Não sei opinar	1	6,7	0	0
	Concordo parcialmente	2	13,3	3	23,1

	Concordo totalmente	12	80	10	76,9
4. Prevenir ou minimizar a dor em recém-nascidos no alojamento conjunto deve ser objetivos dos profissionais de saúde que são comprometidos com a qualidade da assistência do recém-nascidos.	Discordo totalmente	0	0	0	0
	Discordo parcialmente	0	0	0	0
	Não sei opinar	0	0	0	0
	Concordo parcialmente	0	0	0	0
	Concordo totalmente	15	100	13	100
5. A dor do recém-nascido deve ser sistematizado e avaliada pelos profissionais de saúde.	Discordo totalmente	0	0	0	0
	Discordo parcialmente	1	6,7	0	0
	Não sei opinar	1	6,7	0	0
	Concordo parcialmente	3	20	4	30,8
	Concordo totalmente	10	66,6	9	69,2
6. O uso de escalas de avaliação da dor do recém-nascido no alojamento conjunto é importante para a prática profissional.	Discordo totalmente	0	0	0	0
	Discordo parcialmente	0	0	0	0
	Não sei opinar	1	6,7	0	0
	Concordo parcialmente	2	13,4	3	23,1
	Concordo totalmente	12	80	10	76,9
7. A avaliação da dor deve fazer prática da prescrição médica e de enfermagem.	Discordo totalmente	0	0	0	0
	Discordo parcialmente	0	0	0	0
	Não sei opinar	0	0	0	0
	Concordo parcialmente	2	13,3	4	30,8
	Concordo totalmente	13	86,7	9	69,2
8. A avaliação da dor do recém-nascido antes, durante e depois da realização do procedimento considerado doloroso é imprescindível para prática assistencial.	Discordo totalmente	0	0	0	0
	Discordo parcialmente	0	0	0	0
	Não sei opinar	0	0	0	0
	Concordo parcialmente	3	20	2	15,4
	Concordo totalmente	12	80	11	84,6
9. O contato pele a pele promove o alívio da dor do recém-nascido durante os procedimentos dolorosos.	Discordo totalmente	0	0	0	0
	Discordo parcialmente	0	0	0	0
	Não sei opinar	0	0	0	0
	Concordo parcialmente	0	0	1	7,7
	Concordo totalmente	15	100	12	92,3
	Discordo totalmente	0	0	0	0

10. A amamentação promove o alívio da dor do recém-nascido durante os procedimentos dolorosos.	Discordo parcialmente	0	0	1	7,7
	Não sei opinar	0	0	0	0
	Concordo parcialmente	0	0	0	0
	Concordo totalmente	15	100	12	92,3
11. A sucção com dedo enluvado associada a glicose via oral a 25% promove o alívio da dor do recém-nascido durante os procedimentos dolorosos.	Discordo totalmente	0	0	0	0
	Discordo parcialmente	0	0	0	0
	Não sei opinar	0	0	1	7,7
	Concordo parcialmente	4	26,7	0	0
	Concordo totalmente	11	73,3	12	92,3
12. Os pais podem participar/ajudar no manejo da dor do recém-nascido no alojamento conjunto.	Discordo totalmente	0	0	0	0
	Discordo parcialmente	0	0	0	0
	Não sei opinar	0	0	0	0
	Concordo parcialmente	3	20	0	0
	Concordo totalmente	12	80	13	100
13. Sedativos aliviam a dor do recém-nascido.	Discordo totalmente	2	13,3	2	15,4
	Discordo parcialmente	3	20	0	0
	Não sei opinar	5	33,3	1	7,7
	Concordo parcialmente	4	26,7	6	46,1
	Concordo totalmente	1	6,7	4	30,8
14. Analgésicos e opioides aliviam a dor do recém-nascido.	Discordo totalmente	1	6,7	1	7,7
	Discordo parcialmente	1	6,7	0	0
	Não sei opinar	1	6,7	0	0
	Concordo parcialmente	4	26,7	4	30,8
	Concordo totalmente	8	53,2	8	61,5
15. O recém-nascidos que é submetido a repetidos procedimentos dolorosos no alojamento conjunto (ex: punção de calcâneo, punções intravenosas, aspiração VAS, injeção IM) podem ter seu sistema neuro cognitivo alterado.	Discordo totalmente	1	6,7	0	0
	Discordo parcialmente	0	0	0	0
	Não sei opinar	5	33,3	2	15,4
	Concordo parcialmente	1	6,7	0	0
	Concordo totalmente	8	53,3	11	84,6
	Discordo totalmente	1	6,7	4	30,8

16. A punção no dorso da mão é considerada o local mais indicado para realizar a coleta de sangue para o teste de glicemia capilar no recém-nascido ao invés da punção no calcanhar.	Discordo parcialmente	4	26,6	2	15,4
	Não sei opinar	7	46,7	4	30,8
	Concordo parcialmente	1	6,7	1	7,6
	Concordo totalmente	2	13,3	2	15,4
17. O registro da avaliação da dor do recém-nascido em prontuário resulta em medidas para alívio da dor.	Discordo totalmente	1	6,7	3	23
	Discordo parcialmente	1	6,7	0	0
	Não sei opinar	4	26,6	0	0
	Concordo parcialmente	6	40	5	38,5
18. A decisão conjunta de profissionais (enfermeiros, médicos, fonoaudiólogo, fisioterapeuta) é necessário para o manejo eficiente da dor do recém-nascido.	Concordo totalmente	3	20	5	38,5
	Discordo totalmente	0	0	1	7,7
	Discordo parcialmente	0	0	0	0
	Não sei opinar	0	0	0	0
	Concordo parcialmente	0	0	1	7,7
19. O contexto ambiental (iluminação, ruídos, dentre outros) podem alterar as reações de como o recém-nascido expressa a dor.	Concordo totalmente	15	100	11	84,6
	Discordo totalmente	0	0	0	0
	Discordo parcialmente	1	6,7	0	0
	Não sei opinar	0	0	1	7,7
	Concordo parcialmente	3	20	0	0
20. A instituição deve ter protocolos/procedimentos operacionais padrão, para o manejo da dor do recém-nascido de acordo com as competências de cada profissional de saúde no alojamento conjunto.	Concordo totalmente	11	73,3	12	92,3
	Discordo totalmente	0	0	0	0
	Discordo parcialmente	0	0	0	0
	Não sei opinar	1	6,7	0	0
	Concordo parcialmente	0	0	1	7,7
	Concordo totalmente	14	93,3	12	92,3

Fonte: dados da pesquisa, Rio de Janeiro, Brasil (2023).

8.1.3 Prática dos profissionais de enfermagem

A Tabela 8 apresenta as respostas das profissionais de enfermagem quanto às práticas sobre o manejo da dor RN no AC. Observa-se que a maioria dos auxiliares/técnicos de enfermagem respondeu sempre ou frequentemente às afirmações das seguintes questões: 4, 5, 7, 13, 14, 15, 16, 18; e raramente ou nunca

às afirmações das seguintes questões: 1, 2, 3, 8, 9, 11, 12, 17, 19, 20, 21, 22, 23 (Tabela 8).

Em relação aos enfermeiros/residentes, a maioria respondeu sempre ou frequentemente às afirmações das seguintes questões: 4, 5, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 18; e raramente ou nunca às afirmações das seguintes questões: 1, 2, 3, 8, 17, 19, 20, 21, 22, 23 (Tabela 8).

Os técnicos de enfermagem apresentaram discordância nas questões 6, 8 e 10, não havendo uma padronização nas respostas, assim como os enfermeiros/residentes nas questões 6 e 12.

Quanto à afirmativa se utilizam escala para avaliar a dor em RNs durante o procedimento doloroso no AC, a maioria dos técnicos/auxiliar (73,2%) nunca utilizou escala, enquanto 20,1% responderam raramente e apenas 6,7% utilizam ocasionalmente. A maioria dos enfermeiros (69,3%) respondeu que nunca utilizou, enquanto 15,3% responderam raramente e 15,4% responderam frequentemente /ocasionalmente (Tabela 8).

Em relação à afirmativa se utilizam escala para avaliar a dor em RNs após o procedimento doloroso no AC, a maioria dos técnicos/auxiliar (79,9%) nunca utilizou escala, enquanto 20,1% relataram que usam raramente. A maioria dos enfermeiros/residentes (77%) respondeu que nunca utilizou, enquanto 15,3% raramente e 7,7% ocasionalmente.

Quanto à afirmativa se utilizam escalas para avaliar a dor em RNs juntamente com a verificação dos sinais vitais após o procedimento doloroso, a maioria dos técnicos/auxiliar (79,9%) nunca utilizou a escala, 6,7% raramente e 13,4% responderam frequentemente/ocasionalmente. A maioria dos enfermeiros/residentes (69,2%) respondeu que nunca utilizaram, já 23,1% responderam raramente e 7,7% ocasionalmente.

Na afirmativa se avaliam a dor em RNs por meio do choro, a maioria dos técnicos/auxiliar (46,7%) responderam sempre, 26,7% frequentemente, 13,3% ocasionalmente e 13,3% raramente. A maioria dos enfermeiros/residentes (53,9%) respondeu sempre, 23,1% frequentemente, 15,3% ocasionalmente e apenas 7,7% nunca.

Quanto à afirmativa se avaliam a dor em RNs por meio de mímica facial, 33,3% dos técnicos/auxiliar responderam sempre, 33,3% frequentemente, 20,1% ocasionalmente e 13,3% raramente. Observa-se que 23,1% dos

enfermeiros/residentes responderam sempre, 46,2% frequentemente, 15,3% ocasionalmente, e 15,4% responderam raramente/nunca.

Em relação à afirmativa se colocam o RN posicionado para amamentação por 5 minutos antes da realização do procedimento doloroso, 33,3% dos técnicos/auxiliar responderam frequentemente, 33,3% ocasionalmente, 20,1% raramente e 13,3% nunca. Observa-se que 23,1% dos enfermeiros/residentes responderam frequentemente, 30,8% ocasionalmente, 30,8% raramente e 15,3% nunca.

Na afirmativa se promovem a amamentação durante o procedimento doloroso, sempre que possível estar nessa posição durante o procedimento, 26,7% dos técnicos/auxiliar responderam sempre, 33,3% frequentemente, 6,7% ocasionalmente, 20% raramente e 13,3% nunca. Observa-se que 15,3% dos enfermeiros/residentes responderam sempre, 38,6% frequentemente, apenas 7,7% ocasionalmente, 23,1% raramente e 15,3% nunca.

Quanto à afirmativa se promovem o contato pele a pele 15 minutos antes da realização de procedimentos dolorosos para aliviar a dor do RN no AC, 13,3% dos auxiliares/técnicos responderam frequentemente, 26,7% ocasionalmente, 26,7% raramente e 33,3% nunca. Observa-se que 23,1% dos enfermeiros/residentes responderam frequentemente, 15,3% ocasionalmente, 30,8% raramente e 30,8% nunca.

Em relação à afirmativa se promovem o contato pele a pele durante e após a realização de procedimentos dolorosos para aliviar a dor do RN no AC, 40% dos técnicos/auxiliar responderam frequentemente, 6,7% ocasionalmente, 40% raramente e 13,3% nunca. Observa-se que 30,8% dos enfermeiros/residentes responderam sempre, 30,8% frequentemente, 15,3% ocasionalmente e 23,1% nunca.

Quanto à sucção não nutritiva com dedo enluvado por 2 minutos antes da realização de procedimentos dolorosos em RNs para alívio da dor, 20% dos técnicos/auxiliar responderam sempre, 26,7% frequentemente, 13,3% ocasionalmente, 26,7% raramente e 13,3% nunca. Observa-se que 38,6% dos enfermeiros/residentes responderam sempre, 46% frequentemente, 7,7% ocasionalmente, e 7,7% nunca.

Em relação à afirmativa se utilizam a sucção não nutritiva com dedo enluvado associada a glicose oral a 25% por 2 minutos antes da realização de procedimentos dolorosos em RN para alívio da dor, 26,7% dos técnicos/auxiliar responderam sempre, 19,9% frequentemente, 26,7% raramente e 26,7% nunca. Observa-se ainda que

38,6% dos enfermeiros/residentes responderam sempre, 46% frequentemente, 7,7% ocasionalmente, e 7,7% nunca.

Na afirmativa se oferecem 1ml de glicose a 25 % na porção anterior da língua (papilas gustativas) por 2 minutos antes do procedimento doloroso para aliviar a dor do RN, 6,7% dos técnicos/auxiliar responderam sempre, 13,3% frequentemente, 26,7% raramente e 53,3% nunca. Observa-se que 15,3% dos enfermeiros/residentes responderam sempre, 23,1% frequentemente, 15,3% ocasionalmente, 7,7% raramente e (38,6%) nunca.

Quanto à afirmativa se realizam enrolamento do RN antes do procedimento doloroso, 26,7% dos técnicos/auxiliar responderam sempre, 40% frequentemente, 6,7% ocasionalmente, 13,3% raramente e 13,3% nunca. Observa-se que 30,7% dos enfermeiros/residentes responderam sempre, 38,6% frequentemente, 15,3% ocasionalmente, enquanto 7,7% responderam raramente, e 7,7% nunca.

Em relação à afirmativa se promovem o posicionamento adequado do RN para auxiliar no alívio da dor, 40% dos técnicos/auxiliar responderam sempre, 40% frequentemente, enquanto 20% responderam raramente. Observa-se que 46,3% dos enfermeiros/residentes responderam sempre, 30,7% frequentemente, 7,7% ocasionalmente, enquanto 15,3% responderam raramente.

Na afirmativa se promovem a participação dos pais/familiares no manejo da dor do RN no AC, 33,3% dos técnicos/auxiliar responderam sempre, 20% frequentemente, 26,7% ocasionalmente e 20% raramente. Observa-se que 38,7% dos enfermeiros/residentes responderam sempre, 30,7% frequentemente, 15,3% ocasionalmente, enquanto 15,3% responderam raramente.

Em relação à afirmativa de associar mais de uma medida não farmacológica para alívio da dor do RN durante a realização de procedimentos dolorosos no AC, 13,3% dos técnicos/auxiliar responderam sempre, 53,3% frequentemente, 6,7% ocasionalmente, 20% raramente e 6,7% nunca. Observa-se que 15,3% dos enfermeiros/residentes responderam sempre, 46,2% frequentemente, 23,1% ocasionalmente, enquanto 7,7% responderam raramente e 7,7% nunca.

Quanto à afirmativa se administram analgésicos para o alívio da dor do RN no ambiente do AC, 26,7% dos técnicos/auxiliar responderam frequentemente, 6,7% ocasionalmente, 20% raramente e 46,6% nunca. Observa-se que 15,3% dos enfermeiros/residentes responderam frequentemente, enquanto 38,5% responderam raramente e 46,2% nunca.

Quanto à afirmativa se realizam o rodízio do calcâneo do RN a cada punção para glicemia capilar, 100% dos técnicos/auxiliar responderam sempre. Observa-se que a maioria dos enfermeiros/residentes (92,3%) respondeu sempre e apenas 7,7% ocasionalmente.

Em relação à afirmativa se realizam punção capilar no dorso da mão do RN para a realização do teste de glicemia, 6,7% dos técnicos/auxiliar responderam frequentemente, 6,7% raramente e 86,6% nunca. Observa-se que 7,7% dos enfermeiros/residentes responderam ocasionalmente, enquanto 15,3% responderam raramente e 77% nunca.

Quanto à afirmativa sobre o registro do número de procedimentos dolorosos que o RN foi submetido nas 24 horas em prontuário, 26,7% dos técnicos/auxiliar responderam sempre, 20% frequentemente, 20% raramente e 33,3% nunca. Observa-se que 23,1% dos enfermeiros/residentes responderam sempre, enquanto 15,4% responderam raramente e 61,5% nunca.

Em relação à afirmativa se registram no prontuário do RN as medidas de alívio da dor utilizada antes, durante e depois do procedimento doloroso nas 24 horas, 6,7% dos técnicos/auxiliar responderam frequentemente, 6,7% ocasionalmente, enquanto 33,3% raramente e 53,3% nunca. Observa-se que 15,3% dos enfermeiros/residentes responderam ocasionalmente, enquanto 38,5% responderam raramente e 46,2% nunca.

Quanto à afirmativa se registram no prontuário as manifestações e a avaliação (escores) de dor do RN, 6,7% dos técnicos/auxiliar responderam sempre, 13,3% ocasionalmente, enquanto 20% raramente e 60% nunca. Observa-se que 15,3% dos enfermeiros/residentes responderam ocasionalmente, enquanto 23,1% responderam raramente e 61,6% nunca.

Quanto à afirmativa se discutem com a equipe multiprofissional as medidas não farmacológicas para o alívio da dor do RN no AC, 6,7% dos auxiliares/técnicos responderam sempre, 26,7% frequentemente, 13,3% ocasionalmente, enquanto 20% raramente e 33,3% nunca. Observa-se que 7,7% dos enfermeiros/residentes responderam sempre, 23,1% frequentemente, 7,7% ocasionalmente e 7,7% ocasionalmente, 15,4% responderam raramente e 38,4% nunca.

Tabela 8 – Prática dos profissionais de enfermagem no manejo da dor do recém-nascido no alojamento. Rio de Janeiro, 2023

Questões		Itens e categoria profissional			
		Auxiliar ou técnica (o) de enfermagem		Enfermeira (o)	
		n	%	n	%
1. Utilizo escala para avaliar a dor em recém-nascidos durante do procedimento doloroso no alojamento conjunto.	Sempre	0	0	0	0
	Frequentemente	0	0	1	7,7
	Ocasionalmente	1	6,7	1	7,7
	Raramente	3	20,1	2	15,3
	Nunca	11	73,2	9	69,3
2. Utilizo escala para avaliar a dor em recém-nascidos após o procedimento doloroso no alojamento conjunto.	Sempre	0	0	0	0
	Frequentemente	0	0	0	0
	Ocasionalmente	0	0	1	7,7
	Raramente	3	20,1	2	15,3
	Nunca	12	79,9	10	77
3. Utilizo escalas para avaliar a dor em recém-nascidos juntamente com a verificação dos sinais vitais após o procedimento doloroso.	Sempre	0	0	0	0
	Frequentemente	1	6,7	0	0
	Ocasionalmente	1	6,7	1	7,7
	Raramente	1	6,7	3	23,1
	Nunca	12	79,9	9	69,2
4. Avalio a dor em recém-nascidos por meio do choro.	Sempre	7	46,7	7	53,9
	Frequentemente	4	26,7	3	23,1
	Ocasionalmente	2	13,3	2	15,3
	Raramente	2	13,3	0	0
	Nunca	0	0	1	7,7
5. Avalio a dor em recém-nascidos por meio mímica facial.	Sempre	5	33,3	3	23,1
	Frequentemente	5	33,3	6	46,2
	Ocasionalmente	3	20,1	2	15,3
	Raramente	2	13,3	1	7,7
	Nunca	0	0	1	7,7
6. Coloco o recém-nascido posicionado para amamentação por 5 minutos antes da realização do procedimento doloroso.	Sempre	0	0	0	0
	Frequentemente	5	33,3	3	23,1
	Ocasionalmente	5	33,3	4	30,8
	Raramente	3	20,1	4	30,8
	Nunca	2	13,3	2	15,3
7. Promovo a amamentação durante o procedimento doloroso, sempre que possível estar nessa posição durante o procedimento.	Sempre	4	26,7	2	15,3
	Frequentemente	5	33,3	5	38,6
	Ocasionalmente	1	6,7	1	7,7
	Raramente	3	20	3	23,1

	Nunca	2	13,3	2	15,3
8. Promovo o contato pele a pele 15 minutos antes da realização de procedimentos dolorosos para aliviar a dor do recém-nascido no alojamento conjunto.	Sempre	0	0	0	0
	Frequentemente	2	13,3	3	23,1
	Ocasionalmente	4	26,7	2	15,3
	Raramente	4	26,7	4	30,8
9. Promovo o contato pele a pele durante e após a realização de procedimentos dolorosos para aliviar a dor do recém-nascido no alojamento conjunto, sempre que possível estar nessa posição durante o procedimento.	Nunca	5	33,3	4	30,8
	Sempre	0	0	4	30,8
	Frequentemente	6	40	4	30,8
	Ocasionalmente	1	6,7	2	15,3
10. Utilizo a sucção não nutritiva com dedo enluvado por 2 minutos antes da realização de procedimentos dolorosos em recém-nascidos para alívio da dor.	Raramente	6	40	0	0
	Nunca	2	13,3	3	23,1
	Sempre	3	20	5	38,6
	Frequentemente	4	26,7	6	46
11. Utilizo a sucção não nutritiva com dedo enluvado associada a glicose oral a 25% por 2 minutos antes da realização de procedimentos dolorosos em recém-nascido para alívio da dor.	Ocasionalmente	2	13,3	1	7,7
	Raramente	4	26,7	0	0
	Nunca	2	13,3	1	7,7
	Sempre	4	26,7	5	38,6
12. Ofereço 1ml de glicose a 25 % na porção anterior da língua (papilas gustativas) 2 minutos antes do procedimento doloroso para aliviar a dor do recém-nascido.	Frequentemente	3	19,9	6	46
	Ocasionalmente	0	0	1	7,7
	Raramente	4	26,7	0	0
	Nunca	4	26,7	1	7,7
13. Realizo enrolamento do recém-nascido antes do procedimento doloroso.	Sempre	1	6,7	2	15,3
	Frequentemente	2	13,3	3	23,1
	Ocasionalmente	0	0	2	15,3
	Raramente	4	26,7	1	7,7
14. Promovo o posicionamento adequado do recém-nascido para auxiliar no alívio da dor.	Nunca	8	53,3	5	38,6
	Sempre	4	26,7	4	30,7
	Frequentemente	6	40	5	38,6
	Ocasionalmente	1	6,7	2	15,3
15. Promovo a participação dos pais/familiares no manejo da	Raramente	2	13,3	1	7,7
	Nunca	2	13,3	1	7,7
	Sempre	6	40	6	46,3
	Frequentemente	6	40	4	30,7
15. Promovo a participação dos pais/familiares no manejo da	Ocasionalmente	0	0	1	7,7
	Raramente	3	20	2	15,3
	Nunca	0	0	0	0
15. Promovo a participação dos pais/familiares no manejo da	Sempre	5	33,3	5	38,7
	Frequentemente	3	20	4	30,7

dor do recém-nascido no alojamento conjunto.	Ocasionalmente	4	26,7	2	15,3
	Raramente	3	20	2	15,3
	Nunca	0	0	0	0
16.Associo mais de uma medida não farmacológica para alívio da dor do recém-nascido durante a realização de procedimentos dolorosos no alojamento conjunto.	Sempre	2	13,3	2	15,3
	Frequentemente	8	53,3	6	46,2
	Ocasionalmente	1	6,7	3	23,1
	Raramente	3	20	1	7,7
	Nunca	1	6,7	1	7,7
17.Administro analgésicos para o alívio da dor do recém-nascido no ambiente do alojamento conjunto.	Sempre	0	0	0	0
	Frequentemente	4	26,7	2	15,3
	Ocasionalmente	1	6,7	0	0
	Raramente	3	20	5	38,5
	Nunca	7	46,6	6	46,2
18.Realizo o rodízio do calcâneo do recém-nascido a cada coleta de sangue para glicemia capilar.	Sempre	15	100	12	92,3
	Frequentemente	0	0	0	0
	Ocasionalmente	0	0	1	7,7
	Raramente	0	0	0	0
	Nunca	0	0	0	0
19.Realizo punção capilar no dorso da mão do recém-nascido para a realização do teste de glicemia.	Sempre	0	0	0	0
	Frequentemente	1	6,7	0	0
	Ocasionalmente	0	0	1	7,7
	Raramente	1	6,7	2	15,3
	Nunca	13	86,6	10	77
20.Registro o número de procedimentos dolorosos que o recém-nascido foi submetido nas 24 horas em prontuário.	Sempre	4	26,7	3	23,1
	Frequentemente	3	20	0	0
	Ocasionalmente	0	0	0	0
	Raramente	3	20	2	15,4
	Nunca	5	33,3	8	61,5
21. Registro no prontuário do recém-nascido as medidas de alívio da dor utilizada antes, durante e depois do procedimento doloroso nas 24 horas.	Sempre	0	0	0	0
	Frequentemente	1	6,7	0	0
	Ocasionalmente	1	6,7	2	15,3
	Raramente	5	33,3	5	38,5
	Nunca	8	53,3	6	46,2
22.Registro no prontuário as manifestações e a avaliação (escores) de dor do recém-nascido.	Sempre	1	6,7	0	0
	Frequentemente	0	0	0	0
	Ocasionalmente	2	13,3	2	15,3
	Raramente	3	20	3	23,1
	Nunca	9	60	8	61,6
	Sempre	1	6,7	1	7,7

23. Discuto com a equipe multiprofissional as medidas não farmacológicas para o alívio da dor do recém-nascido no alojamento conjunto.	Frequentemente	4	26,7	3	23,1
	Ocasionalmente	2	13,3	1	7,7
	Raramente	3	20	2	15,4
	Nunca	5	33,3	5	38,4

Fonte: dados da pesquisa, Rio de Janeiro, Brasil (2023).

8.1.4 Associação do conhecimento entre profissionais de enfermagem

Em relação ao questionário de conhecimentos, os resultados demonstraram que os profissionais de enfermagem têm conhecimento sobre a dor no AC, porém há uma dificuldade de aplicá-los na prática.

Quando foi realizada a associação das respostas dos profissionais de enfermagem quanto ao conhecimento e prática, conforme as tabelas 9 e 10, não houve diferença estatística entre as categorias profissionais. Isso pode se justificar talvez por conta de 7 (sete) técnicos/auxiliar de enfermagem terem cursado ensino superior em enfermagem, e 5 (cinco) terem especialização na área materno-infantil.

Embora não tenha diferença estatística dos itens do questionário pelo teste de Kruskal-Wallis, houve respostas divergentes que se aproximaram desse valor.

A questão Nº 13 obteve 0,0081 de valor p e se refere à pergunta “Sedativos aliviam a dor do recém-nascido”, sobre a qual houve discordância entre técnicos e enfermeiros/residentes, em que 33,3% dos técnicos de enfermagem discordaram totalmente ou parcialmente, além de 33,3% afirmarem não saber opinar. Quanto aos enfermeiros/residentes, 76,9% concordaram totalmente ou parcialmente.

A questão Nº 17 obteve 0,076 de valor p e se refere à pergunta “O registro da avaliação da dor do RN em prontuário resulta em medidas para alívio da dor”, sobre a qual houve discordância, em que 13,4% dos técnicos de enfermagem discordaram totalmente e parcialmente, além de 26,4% afirmarem não saber opinar, diferentemente dos enfermeiros/residentes, cuja maioria (77%) concordou totalmente e parcialmente. Abaixo segue tabela de associação do conhecimento.

Tabela 9 – Associação do conhecimento entre os profissionais de enfermagem quanto ao manejo da dor do recém-nascido no alojamento conjunto. Rio de Janeiro, 2023

Questões	Categoria Profissional		Valor p*
	Auxiliar Técnico de Enfermagem	Enfermeiro	
	Moda	Moda	
1. Considero a dor como um dos sinais vitais do recém-nascido.	5	5	0,387
2. A dor do recém-nascido do alojamento conjunto muitas vezes não é reconhecida pelos profissionais de saúde.	4	5	0,89
3. Comportamentos do recém-nascido como movimentos faciais e corporais podem ser interpretados como um indicador de dor.	5	5	0,999
4. Prevenir ou minimizar a dor em recém-nascidos no alojamento conjunto deve ser objetivos dos profissionais de saúde que são comprometidos com a qualidade da assistência do recém-nascidos.	5	5	0,999
5. A dor do recém-nascido deve ser sistematizado e avaliado pelos profissionais de saúde.	5	5	0,242
6. O uso de escalas de avaliação da dor do recém-nascido no alojamento conjunto é importante para a prática profissional.	5	5	0,999
7. A avaliação da dor deve fazer prática da prescrição médica e de enfermagem.	5	5	0,381
8. A avaliação da dor do recém-nascido antes, durante e depois da realização do procedimento considerado doloroso é imprescindível para prática assistencial.	5	5	0,999
9. O contato pele a pele promove o alívio da dor do recém-nascido durante os procedimentos dolorosos.	5	5	0,062
10. A amamentação promove o alívio da dor do recém-nascido durante os procedimentos dolorosos.	5	5	0,5
11. A sucção com dedo enluvado associada a glicose via oral a 25% promove o alívio da dor do recém-nascido durante os procedimentos dolorosos.	5	5	0,448
12. Os pais podem participar/ajudar no manejo da dor do recém-nascido no alojamento conjunto.	5	5	0,094
13. Sedativos aliviam a dor do recém-nascido.	3	4	0,081
14. Analgésicos e opioides aliviam a dor do recém-nascido.	5	5	0,477
15. O recém-nascidos que é submetido a repetidos procedimentos dolorosos no alojamento conjunto (ex: punção de calcâneo, punções intravenosas, aspiração VAS, injeção IM) podem ter seu sistema neuro cognitivo alterado.	5	5	0,205

16. A punção no dorso da mão é considerada o local mais indicado para realizar a coleta de sangue para o teste de glicemia capilar no recém-nascido ao invés da punção no calcanhar.	3	1 ^a	0,732
17. O registro da avaliação da dor do recém-nascido em prontuário resulta em medidas para alívio da dor.	4	4 ^a	0,76
18. A decisão conjunta de profissionais (enfermeiros, médicos, fonoaudiólogo, fisioterapeuta) é necessário para o manejo eficiente da dor do recém-nascido.	5	5	0,31
19. O contexto ambiental (iluminação, ruídos, dentre outros) podem alterar as reações de como o recém-nascido expressa a dor.	5	5	0,434
20. A instituição deve ter protocolos/procedimentos operacionais padrão, para o manejo da dor do recém-nascido de acordo com as competências de cada profissional de saúde no alojamento conjunto.	5	5	0,999

*Teste de Kruskal-Wallis; a - Há mais de uma moda, portanto, o menor valor será apresentado significativo se $p < 0,050$.
 Fonte: dados da pesquisa, Rio de Janeiro, Brasil (2023).

8.1.5 Associação da prática entre profissionais de enfermagem

Observa-se, na Tabela 10, que não houve diferença significativa entre as questões do terceiro bloco, que tratam das práticas dos profissionais de enfermagem. Todas as questões obtiveram respostas semelhantes entre os auxiliares/técnicos de enfermagem e enfermeiros/residentes (Tabela 10).

Assim como no bloco do conhecimento, houve respostas que se aproximaram do valor do teste. A questão N^o 11 obteve 0,0056 de valor p e se refere à pergunta “Utilizo a sucção não nutritiva com dedo enluvado associada a glicose oral a 25% por 2 minutos antes da realização de procedimentos dolorosos em RN para alívio da dor”, sobre a qual 53,4 % dos técnicos de enfermagem disseram que raramente ou nunca utilizam esta técnica, já os enfermeiros apenas um (7,7%) disse que nunca utilizou.

Tabela 10 – Associação das práticas dos profissionais de enfermagem quanto ao manejo da dor do recém-nascido no alojamento conjunto. Rio de Janeiro, 2023

3 ^o Bloco	Categoria profissional		Valor p*
	Auxiliar/Técnica (o) de enfermagem	Enfermeira (o)	
	Moda	moda	
1. Utilizo escala para avaliar a dor em recém-nascidos durante do procedimento doloroso no alojamento conjunto.	5	5	0,926

2. Utilizo escala para avaliar a dor em recém-nascidos após o procedimento doloroso no alojamento conjunto.	5	5	0,753
3. Utilizo escalas para avaliar a dor em recém-nascidos juntas com a verificação dos sinais vitais após o procedimento doloroso.	5	5	0,161
4. Avalio a dor em recém-nascidos por meio do choro.	1	1	0,886
5. Avalio a dor em recém-nascidos por meio mímica facial.	1 ^a	2	0,916
6. Coloco o recém-nascido posicionado para amamentação por 5 minutos antes da realização do procedimento doloroso.	2 ^a	3a	0,739
7. Promovo a amamentação durante o procedimento doloroso, sempre que possível estar nessa posição durante o procedimento.	2	2	0,756
8. Promovo o contato pele a pele 15 minutos antes da realização de procedimentos dolorosos para aliviar a dor do recém-nascido no alojamento conjunto.	5	4a	0,344
9. Promovo o contato pele a pele durante e após a realização de procedimentos dolorosos para aliviar a dor do recém-nascido no alojamento conjunto, sempre que possível estar nessa posição durante o procedimento.	2 ^a	1a	0,35
10. Utilizo a sucção não nutritiva com dedo enluvado por 2 minutos antes da realização de procedimentos dolorosos em recém-nascidos para alívio da dor.	2 ^a	2	0,194
11. Utilizo a sucção não nutritiva com dedo enluvado associada a glicose oral a 25% por 2 minutos antes da realização de procedimentos dolorosos em recém-nascido para alívio da dor.	1 ^a	2	0,056
12. Ofereço 1ml de glicose a 25 % na porção anterior da língua (papilas gustativas) 2 minutos antes do procedimento doloroso para aliviar a dor do recém-nascido.	5	5	0,079
13. Realizo enrolamento do recém-nascido antes do procedimento doloroso.	2	2	0,822
14. Promovo o posicionamento adequado do recém-nascido para auxiliar no alívio da dor.	1 ^a	1	0,88
15. Promovo a participação dos pais/familiares no manejo da dor do recém-nascido no alojamento conjunto.	1	1	0,498
16. Associo mais de uma medida não farmacológica para alívio da dor do recém-nascido durante a realização de procedimentos dolorosos no alojamento conjunto.	2	2	0,924
17. Administro e/ou prescrevo analgésicos para o alívio da dor do recém-nascido no ambiente do alojamento conjunto.	5	5	0,133

18. Realizo o rodízio do calcâneo do recém-nascido a cada coleta de sangue para glicemia capilar.	1	1	0,5
19. Realizo punção capilar no dorso da mão do recém-nascido para a realização do teste de glicemia.	5	5	0,653
20. Registro o número de procedimentos dolorosos que o recém-nascido foi submetido nas 24 horas em prontuário.	5	5	0,456
21. Registro no prontuário do recém-nascido as medidas de alívio da dor utilizada antes, durante e depois do procedimento doloroso nas 24 horas.	5	5	0,653
22. Registro no prontuário as manifestações e a avaliação (escores) de dor do recém-nascido.	5	5	0,615
23. Discuto com a equipe multiprofissional as medidas não farmacológicas para o alívio da dor do recém-nascido no alojamento conjunto.	5	5	0,367

*.Teste de Kruskal-Wallis; a - Há mais de uma moda, portanto, o menor valor será apresentado significativo se $p < 0,050$
 Fonte: dados da pesquisa, Rio de Janeiro, Brasil (2023).

8.2 BARREIRAS E FACILITADORES

Em relação aos fatores que geram barreiras para manejo da dor ao RN, a mais citada pelos profissionais de enfermagem foi a falta de treinamento sobre a temática (n=12).

Outros fatores citados pelos profissionais de enfermagem foram: não ter protocolo específico sobre o tema (n=7), a sobrecarga de trabalho (n=7) e não ter uma escala de avaliação da dor implantada no setor (n=5). Esses fatores estão relacionados à gestão do contexto local e ao ambiente de trabalho.

Destaca-se ainda que (n=3) profissionais de enfermagem não responderam a esta pergunta (Tabela 11).

Tabela 11 – Fatores que geram barreiras para o manejo da dor no alojamento conjunto. Rio de Janeiro, 2023

Fatores que geram barreiras	Auxiliar ou técnico (a) de enfermagem	Enfermeira (o)	n
Falta de treinamento sobre tema	7	5	12
Não ter protocolo específico	4	3	7
Sobrecarga de trabalho	3	4	7
Não ter uma escala de dor no setor	3	2	5
Não quiseram opinar	2	1	3

n= quantidade de vezes que foram citados.

Fonte: dados da pesquisa, Rio de Janeiro, Brasil (2023).

Quanto ao facilitador mais citado pelos profissionais de enfermagem, corresponde à utilização das estratégias não farmacológicas para alívio da dor do RN (n=17).

Quanto à infraestrutura, os profissionais relataram que ter informações ilustrativas nas enfermarias ajudariam nesse manejo (n=8).

Houve também facilitadores relacionados à gestão, como ter um protocolo de manejo da dor específico para AC (n=7), seguido de ter uma escala de avaliação da dor no setor (n=4), ter um número adequado de profissionais (n=2), e autonomia (n=1). Considerando esta pergunta, dois profissionais não quiseram opinar (Tabela 12).

Tabela 12 – Facilitadores no manejo da dor no alojamento conjunto. Rio de Janeiro, 2023

Fatores que facilitam	Auxiliar ou técnico (a) de enfermagem	Enfermeiro (a) ou residente	n=
Estratégias não farmacológicas para alívio da dor	9	8	17
Ter informações ilustrativas nas enfermarias	5	3	8
Protocolo de manejo da dor	2	5	7
Ter uma escala de avaliação da dor	0	4	4
Não quiseram opinar	2	0	2
Nº adequado de profissionais para assistência	2	0	2
Autonomia	1	0	1

n= quantidade de vezes que foram citados.

Fonte: dados da pesquisa, Rio de Janeiro, Brasil (2023).

8.3 ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS DOS RECÉM-NASCIDOS

Foram analisados 72 prontuários de RNs internados no AC no período de junho a setembro de 2021. Dos prontuários analisados, 38 RNs eram do sexo feminino e 34 do sexo masculino.

Observa-se que 50% dos RNs nasceram de parto cesárea. Quanto ao peso ao nascer, 8,3 % dos RNs estavam com peso entre 1.500g e 2.499g e 91,6% nasceram com peso acima de 2.500g. Quanto à idade gestacional (IG), 86,1% dos RNs apresentaram IG igual ou maior a 37 semanas e 13,9% nasceram com IG entre 35 e 36 semanas.

A maioria dos RNs (83,3%) foi classificada como adequada para idade gestacional (AIG), e 83,3% tiveram APGAR maior que 8 no primeiro e no quinto minuto

de vida, sendo que apenas 22 RNs foram ao seio materno na primeira meia hora de vida.

Entre o 1º Dia de Internação/DI e o D4, os 72 RNs foram submetidos a um total de 500 procedimentos. A média de procedimentos dolorosos durante o período de internação foi de 5,4 por RN, com mediana de 6.

O número máximo de procedimentos dolorosos foi de 19 e mínimo de 2 por RN durante todo o período de internação. Destaca-se que no primeiro dia de internação os RNs foram submetidos a 4,5 procedimentos dolorosos, em média. Nesse período, todos os RNs 72 (100%) receberam injeções intramuscular (administração de vitamina K e vacina contra Hepatite B).

O procedimento mais comumente realizado no primeiro dia de internação foi a punção de calcâneo, com 182 procedimentos, seguido da aplicação de injeção intramuscular, com 144 procedimentos. Ao total, no primeiro dia de internação, foram registrados um total de 354 procedimentos que geram dor ou desconforto nos RNs que participaram da pesquisa.

No segundo dia de internação, observamos que a punção de calcâneo segue como procedimento mais comumente utilizado com 103 procedimentos realizados, se mantendo também no terceiro dia de internação com 35 procedimentos, conforme Tabela 13 abaixo.

Tabela 13 – Número de procedimentos dolorosos por dia de internação no alojamento conjunto. Rio de Janeiro, 2023

Procedimentos	Dias de Internação				Total
	1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	
Punção calcâneo	182	103	35	02	322
Punção venosa periférica	03	02	0	0	05
Aplicação injeção intramuscular	144	0	01	0	145
Aspiração gástrica	01	0	0	0	01
Aspiração de vias aéreas	24	0	02	0	26
Punção lombar	0	0	01	0	01
Total/Dia	354	105	39	02	500

Fonte: dados da pesquisa, Rio de Janeiro, Brasil (2023).

Os procedimentos dolorosos mais realizados no AC foram: punção de calcâneo (322), aplicação injeção intramuscular (145), aspiração de vias aéreas (26), punção venosa periférica (05), e punção lombar (1). A punção lombar estava descrita em prontuário de um RN com suspeita de sífilis congênita e presença de manifestação

neurológica compatível com neuro sífilis. O procedimento é realizado pelo profissional pediatra com auxílio da equipe de enfermagem (Tabela 13).

Em relação ao registro do manejo da dor do RN, foram identificados que a maioria (80%) dos prontuários não tinha registros sobre avaliação da dor e nem de intervenções não farmacológicas para alívio da dor.

Os registros sobre manejo da dor encontrados em prontuários foram: utilização de contenção facilitada (3%), controle da temperatura do ambiente (3%), amamentação (9%) e uso de glicose a 25% com sucção não nutritiva (5%).

9 DISCUSSÃO

Os 28 profissionais de enfermagem deste estudo, assim como em outros, são caracterizados em sua maioria pelo gênero feminino (92,9%). No Brasil, mais de 80% dos profissionais de enfermagem são mulheres, segundo pesquisa do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2015). A marcação do gênero feminino, além de características históricas, constitui o perfil nacional e o contexto local da pesquisa (ANDRADE; MONTEIRO; RODRIGUES, 2022).

Destaca-se que no AC da maternidade ainda tem a carreira de auxiliar de enfermagem, que realiza as mesmas funções do técnico de enfermagem. Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2023), cerca de 2,8 milhões de profissionais trabalham com enfermagem no Brasil, sendo que, destes, aproximadamente 428 mil são auxiliares de enfermagem. Apesar de a função continuar a existir, não há mais cursos específicos para a formação de auxiliares de enfermagem.

Ao auxiliar de enfermagem cabem tarefas básicas e indispensáveis, como preparar o paciente para consultas, exames, tratamentos, executar tratamentos prescritos, prestar cuidados de higiene, coletar materiais para exames, ministrar medicamentos, medir pressão, fazer curativos, entre outras.

No presente estudo, no que diz respeito à formação profissional dos profissionais de enfermagem, observou-se que os profissionais que estão hoje na função de nível médio técnico possuem conhecimento equiparado aos que estão na função de ensino superior no cargo de enfermeiro.

Entretanto, até mesmo no ensino superior e nos cursos de especialização existem lacunas sobre a temática da dor, conforme mostrou um estudo em um hospital universitário do Nordeste brasileiro (MARQUES *et al.*, 2019). Mesmo havendo a possibilidade de especialização na área, a ação do cuidado efetivo no alívio da dor pode ser reduzida frente à falta de prática e qualificação voltadas a esse aspecto (CARVALHO *et al.*, 2021).

De acordo com a legislação do COFEN Nº 564/2017, o enfermeiro é o único que pode exercer todas as atividades de enfermagem. O enfermeiro possui atribuições exclusivas, como: direção, planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem, prescrição da

assistência de enfermagem, cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida, cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas, dentre outras (COFEN, 2017).

Em relação aos técnicos e auxiliares de enfermagem, suas atividades envolvem orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, assim como participação no planejamento da assistência de enfermagem. O auxiliar de enfermagem exerce funções específicas, tais quais observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, executar ações de tratamento simples e prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente. Tanto as funções dos técnicos quanto as dos auxiliares de enfermagem só podem ser desempenhadas mediante orientação e supervisão de um enfermeiro (FERIS, 2020).

A partir disso, é fundamental que os profissionais de enfermagem possuam habilidades e competências necessárias para os cuidados ao RN submetido a procedimentos dolorosos e para o seu tratamento.

De acordo com a SOBEP (2020), as competências essenciais do enfermeiro neonatologista estão sustentadas em cinco habilidades e organizadas em cinco domínios. Essas competências norteiam as ações do enfermeiro e apresentam um modelo para o desenvolvimento dos conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias à prática clínica da especialidade neonatal.

Dentre um dos itens das competências essenciais do domínio 2, referente à prática clínica, destaca-se que uma das habilidades é demonstrar conhecimento abrangente de enfermagem na saúde do neonato baseado em evidências e apoiado na utilização do conhecimento apreendido na área de formação e na experiência clínica (SOPEP, 2020).

Além disso, quando o assunto é dor, a Associação Internacional para Estudo de Dor (IASP) estimula e apoia os estudos da dor a fim de traduzir os conhecimentos para melhorar o alívio da dor mundialmente, além de apresentar diretrizes para o *core curriculum* dos profissionais de saúde e educação interprofissional. As diretrizes são úteis para o estabelecimento de cursos de ensino sobre dor nos níveis de graduação e pós-graduação. Os resumos dos currículos foram atualizados em 2017 para o Ano Global de Excelência em Educação para a Dor (IASP, 2023).

A IASP (2023) incentiva a todos os programas de enfermagem a utilizar o *core curriculum* para incorporar a educação e o treinamento em dor. Tal como acontece

com outras profissões de saúde, um objetivo dos currículos é discutir o conhecimento e as habilidades necessárias para o avanço da ciência e do manejo da dor como parte de uma equipe interprofissional.

O *core curriculum* para a enfermagem tem os seguintes princípios: a dor é vista como um fenômeno biopsicossocial que inclui fatores sociais, psicológicos e biológicos e pode ser aguda, persistente ou uma combinação de aguda e crônica (IASP, 2023).

Em um hospital universitário do Nordeste brasileiro, com 36 profissionais de saúde que trabalhavam na UTI, foi referido que há lacunas no conhecimento da temática da dor do RN durante a graduação e cursos de especializações. Alguns entrevistados mencionaram que o conhecimento adquirido em cursos é importante para melhorar a identificação da dor neonatal e, conseqüentemente, ampliar a percepção de profissionais (MARQUES *et al.*, 2020).

Quanto à participação em curso/treinamento, neste estudo, a maioria (75%) dos profissionais de enfermagem não participou de algum curso/treinamento, de modo que apenas 25% dos profissionais de enfermagem participaram de algum tipo de treinamento.

Desde 1996, a dor foi reconhecida como quinto sinal vital pela Sociedade Americana de Dor. Contudo, muitos profissionais enfermeiros têm dificuldades na aplicabilidade da dor como quinto sinal vital e, para tanto, recomenda-se um reforço nessa temática dentro da educação continuada no ambiente de trabalho, o desenvolvimento de pesquisas e a reestruturação dos currículos de graduação, incluindo a temática dor e o uso das escalas na prática clínica (VALERIO *et al.*, 2019).

Ainda se faz necessária a promoção de cursos e treinamentos sobre a temática da dor no AC pela complexidade da clientela e procedimentos realizados. Um estudo realizado com 47 profissionais de enfermagem em uma UTIN em São Paulo referiu que a maior parte (52,3%) informou que não há treinamentos sobre o tema da dor com RNs na instituição onde trabalhava (MOURA; SOUZA, 2021). Quando abordados se existia alguma diretriz, protocolo ou rotina sobre avaliação e manejo da dor do RN no AC, a maioria não soube responder (60,7%) e 35,7% responderam que existe, enquanto 3,5% responderam que não existe.

Resultado diferente foi encontrado em um estudo realizado na Polônia em 43 hospitais com unidade terapia intensiva neonatal, do qual participaram 227

enfermeiras, das quais mais de 40,7% afirmaram conhecer as orientações/protocolos relativos ao tratamento da dor nos seus serviços (POPOWICZ *et al.*, 2021).

Outro estudo realizado por Moura e Souza (2021) com 47 profissionais de enfermagem em UTIN em São Paulo relatou que a maioria (81,8%) descreveu que há protocolos/recomendações sobre a avaliação da dor do RN.

9.1 CONHECIMENTO E PRÁTICA SOBRE DOR

Em relação ao conhecimento dos profissionais, a maioria dos técnicos/auxiliar de enfermagem (80%) e dos enfermeiros/residentes (92%) apresentou respostas positivas ao se expressar sobre a temática abordada, visto que as respostas foram concordantes.

É notório que os profissionais de enfermagem têm a percepção da dor, além de reconhecerem que os RNs sentem dor. Nesse sentido, o conhecimento passou por modificações, já que antes da década de 1970 acreditava-se que o RN não possuía elementos neuroanatômicos e neuroendócrinos fundamentais à percepção do estímulo doloroso (CAMPOS, 2018).

A maioria dos técnicos/auxiliar de enfermagem (80%) e dos enfermeiros/residentes (92,3%) concordam parcialmente ou totalmente que a dor é considerada um dos sinais vitais do RN.

Evidências científicas apontam que os RNs expostos ao estresse agudo podem sofrer consequências permanentes em nível comportamental, e que o controle da dor resulta em benefícios nas respostas fisiológicas, comportamentais e hormonais do RN (MELO; QUERIDO; MAGESTI, 2021).

De acordo com a nova diretriz sobre prevenção e manejo da dor aguda por procedimentos dolorosos (JUNQUEIRA *et al.*, 2023), os efeitos imediatos da exposição repetida a procedimentos dolorosos na fase neonatal podem ser identificados na dificuldade dos RNs de se recuperarem do ponto de vista fisiológico e comportamental, após terem reagido ao estímulo doloroso.

A deficiência de conhecimento provavelmente levará a uma avaliação imprecisa da dor, assim como um subtratamento do manejo da dor em RNs pelos profissionais de enfermagem também pode levar a atitudes negativas em relação ao manejo da dor e subsequente negligência da dor neonatal (PENG *et al.*, 2020).

A maioria da equipe de enfermagem considerou importante a avaliação da dor neonatal por meio do uso de escalas de dor, porém, quando perguntamos sobre a prática assistencial (se em algum momento a equipe utilizava uma escala de avaliação de dor após o procedimento doloroso), 79,9% dos técnicos/auxiliar de enfermagem e 77% dos enfermeiros/residentes relataram que nunca utilizavam.

Esse dado é de suma importância, uma vez que no ambiente da pesquisa não há uma escala de dor implementada. A avaliação da dor do RN é tão importante para a prática profissional quanto seu tratamento.

No estudo de Misic *et al.* (2021) foi demonstrado que as atitudes e o conhecimento dos enfermeiros sobre a dor neonatal afetam o grau em que avaliam a dor, sendo que mais conhecimento resultou em uma atitude mais positiva. As diretrizes disponíveis aumentaram o uso da avaliação da dor em comparação a quando os enfermeiros não tinham instruções, porém nem sempre ter diretrizes aumenta o manejo da dor, pois ainda assim pode haver uma lacuna entre o conhecimento e a prática.

Para tratar a dor de forma eficaz, ela deve ser detectada e quantificada. A avaliação da dor do RN baseia-se principalmente em escalas de avaliação. Essa escala precisa ser adequada às necessidades do contexto local e precisa ser escolhida e implantada junto aos profissionais para que as necessidades sejam atendidas.

Em um estudo realizado em hospital hiversitário localizado na zona norte do Município do Rio de Janeiro, referência para gestantes e RNs de alto risco, 40 profissionais de enfermagem foram abordados quanto à aplicação da escala; 21 (52,5%) profissionais aplicavam a escala nos horários pré-determinados e 19 (47,5%) não a aplicavam. Os participantes em sua maioria informaram que aplicavam a escala de dor durante a rotina de verificação de sinais vitais e quando observavam sinais de dor, já 21 (52,5%) profissionais aplicavam a escala de dor durante a rotina de verificação de sinais vitais (ARAÚJO *et al.*, 2021).

A avaliação eficaz da dor é o primeiro passo para aliviar a dor do RN, portanto é fundamental identificar um instrumento abrangente que meça a dor e a agitação neonatal em sua totalidade, tanto na dor aguda quanto na dor crônica durante as avaliações de rotina.

Não existe padrão ouro para as escalas de avaliação da dor do RN, o que se considera é o uso de escalas que englobem a análise simultânea de parâmetros

fisiológicos (medidas objetivas) e comportamentais (medidas subjetivas) a fim de se obter maiores informações a respeito das respostas individuais à dor e de possíveis interações com o ambiente (BALDA; GUINBURG, 2018).

9.2 MEDIDAS DE ALÍVIO NÃO FARMACOLÓGICAS

A literatura mostra que no período neonatal a avaliação da dor baseia-se nas respostas do RN frente ao estímulo nociceptivo, ou seja, o modelo de avaliação da dor no lactente pré-verbal após um evento doloroso agudo é determinado por modificações de órgãos, sistemas e comportamentos (BALDA; GUINBURG, 2018).

Sendo assim, uma boa avaliação antes e após o procedimento doloroso gera uma tomada de decisões mais assertiva quanto às intervenções necessárias para o alívio da dor. No presente estudo, abordamos as principais medidas não farmacológicas utilizadas nas literaturas e de fácil acesso aos profissionais, como amamentação, contato pele a pele e sucção não nutritiva e enrolamento.

Quando perguntamos se os profissionais concordavam que a amamentação antes do procedimento doloroso aliviava a dor, 100% dos técnicos/auxiliar de enfermagem e 92,3% dos enfermeiros/residentes afirmaram que sim.

A amamentação pode ser utilizada para reduzir a dor aguda em diversos procedimentos invasivos em RNs, como, por exemplo, punção de calcâneo e venopunção. Revisões sistemáticas demonstraram que a amamentação em RNs reduz a duração do primeiro choro e sua duração total, diminui os escores de dor e provoca menor aumento da frequência cardíaca durante ou após procedimentos dolorosos quando comparada a nenhuma intervenção, placebo, posicionamento no colo materno, uso de chupeta e sacarose oral (BRASIL, 2023).

Apesar dos profissionais concordarem com o uso da amamentação em quase sua totalidade, quando questionamos se em sua prática era utilizada a técnica da amamentação, apenas 33,3% dos técnicos/auxiliar de enfermagem e 23,1% dos enfermeiros relataram colocar o RN posicionado para amamentar antes do procedimento.

O mecanismo de ação da amamentação é considerado multifatorial combinando o contato pele a pele, a sucção, o odor e o sabor levemente adocicado do leite, bem como a presença de endorfinas no leite materno. A amamentação como intervenção para o alívio da dor é recomendada em RNs a termo (>37 semanas de

idade gestacional) (BRASIL, 2023). Em um estudo nacional foi registrado que a amamentação combinada ao contato pele a pele pode potencializar o efeito analgésico, contribuindo para a melhor recuperação do RN após procedimentos dolorosos (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Neste estudo, os profissionais de enfermagem em sua totalidade responderam que a técnica do contato pele a pele quando utilizada 15 minutos antes do procedimento doloroso é eficaz para redução da dor. Dado importante, uma vez que o cenário do estudo é um Hospital que apoia as diretrizes internacionais da amamentação, e é um hospital com certificação pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

O contato pele a pele surgiu devido ao método canguru, que consiste em manter o RN em contato pele a pele na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares. Este é apenas um princípio dentro de uma estratégia muito mais abrangente que engloba, além do contato pele a pele, o acolhimento do RN e sua família, o respeito às individualidades e o envolvimento da mãe nos cuidados com o filho (ALVES *et al.*, 2020).

O diferencial do Método Canguru é a recomendação de que o pai e a mãe não sejam observados como meros visitantes no contexto do RN, mas como parceiros da equipe, assumindo funções e papéis cabíveis nos cuidados de seu RN. Desse modo, o pai e a mãe têm a oportunidade de interagir com seu filho, de participar de decisões e de receber informações (SILVA *et al.*, 2022).

Um estudo que fez um levantamento de 242 prontuários utilizados em um ensaio controlado randomizado para avaliar a quantidade de procedimentos dolorosos que os RN foram submetidos durante todo o período de internação e as medidas utilizadas no alívio da dor, demonstrou que houve a participação direta das mães com fornecimento do CPP (OROVEC *et al.*, 2018).

Há, portanto, uma gama de medidas farmacológicas e não farmacológicas a serem aplicadas, isoladas ou combinadas, para prevenir e tratar a dor do RN. Em dado estudo, foi verificado que os profissionais deixaram de associar o conhecimento adquirido à sua prática para que a dor dos RNs fosse tratada de modo eficaz (COSTA *et al.*, 2017).

Nesta pesquisa, quando perguntamos se os profissionais concordavam que a sucção com dedo enluvado associada a glicose via oral a 25% promove o alívio da dor do RN durante os procedimentos dolorosos, 100% dos técnicos/auxiliar de

enfermagem e 92,3% dos enfermeiros afirmaram que concordam. Apesar de os técnicos/auxiliar de enfermagem conhecerem o método de alívio da dor, em sua prática, apenas 43,6% afirmaram usar “sempre” essa técnica. Já em relação aos enfermeiros, 84,6% afirmaram “sempre” utilizar o método no setor do AC.

A utilização de glicose/sacarose diretamente sobre a língua do bebê deve ser realizada 2 minutos antes do estímulo doloroso ou potencialmente doloroso. Seu mecanismo de atuação ainda não possui definição completa, entretanto acredita-se que elas promovem a liberação de agentes opioides endógenos que atuam ocupando os receptores nociceptivos e modulando então a resposta ao estímulo álgico (ARAÚJO *et al.*, 2021).

O emprego de estratégias não farmacológicas apresentou correlação positiva forte com os procedimentos potencialmente dolorosos relacionados à rotina assistencial, e moderada com punções, intervenções de suporte ventilatório e sondagens (COSTA *et al.*, 2019).

As medidas não farmacológicas são extremamente importantes porque promovem estabilidade e boa organização do RN, podendo ser úteis na conservação de energia para seu crescimento e desenvolvimento (ARAÚJO *et al.*, 2021).

Um dado que gerou divergências entre as respostas dos profissionais de enfermagem foi a questão que abordou a punção no dorso da mão para coleta de sangue. Neste estudo, a maioria dos profissionais de enfermagem (100% dos técnicos/auxiliar de enfermagem e 92,3% dos enfermeiros/residentes) informou que, na sua prática, realiza rodízio de pés na punção de calcâneo.

Sobre essa técnica, perguntamos se a punção no dorso da mão é considerada o local mais indicado para realizar a coleta de sangue para o teste de glicemia capilar no RN ao invés da punção no calcanhar. 33,3% dos técnicos/auxiliar de enfermagem e 46,2% dos enfermeiros/residentes discordaram que o local seja o mais indicado, enquanto uma grande parte não soube opinar sobre o assunto (46,7% dos técnicos/auxiliar de enfermagem e 30,8% dos enfermeiros/residentes).

Uma metanálise da Cochrane (2011) envolvendo 6 ensaios com 478 RNs, comparando venopunção x pezinho (punção do calcanhar) e utilizando diferentes escalas de Avaliação da Dor (NIPS,NFCS, PIPP), mostrou estatisticamente significativo menores escores de dor com a venopunção em relação ao pezinho (SHAH *et al.*, 2011).

Os RNs têm um limiar mais alto de dor nas extremidades superiores em comparação com as extremidades inferiores, porque as fibras inibitórias descendentes alcançaram a porção cervical da coluna dorsal e ainda têm que crescer para a porção lombar (SHAH *et al.*, 1997; OGAWA, 2005; SHAH; OHLSSON, 2011).

Segundo nova diretriz para o manejo da dor aguda no período neonatal (JUNQUEIRA *et al.*, 2023), os procedimentos dolorosos foram discutidos e classificados segundo a intensidade da dor, isto é, como dolorosos ou muito dolorosos. A punção de calcanhar, venopunção, punção arterial, colocação de cateter central de inserção periférica (PICC) e injeção intramuscular foram os procedimentos classificados como muito dolorosos. Já os dolorosos foram aspiração do tubo orotraqueal, aspiração nasofaríngea, colocação e recolocação do dispositivo de CPAP nasal e troca de curativos/tratamento de feridas e remoção de adesivos.

A instituição pesquisada possui um POP nº 93 para teste de glicemia capilar no RN, em que, segundo a técnica para a realização do hemoglicoteste em RN, a punção deve ser realizada no calcanhar, nas laterais, evitando a parte central, onde tem vasos mais calibrosos e maior risco de osteomielite.

Segundo este mesmo protocolo, tem um capítulo de cuidados que solicita ao profissional:

Promover a tranquilidade e conforto do RN e também aquecer as mãos antes do contato com o RN, oferecer sucção não-nutritiva com glicose 25% 2 minutos antes do procedimento e observar rodízio do local da punção de forma a evitar lesão da pele por múltiplas punções (JUNQUEIRA *et al.*, 2023).

Em relação às atitudes e práticas, vale salientar que, mesmo sem adequado registro em prontuário, os profissionais não deixam de aliviar a dor do RN, seja pelo uso da sucção adocicada, seja pela diminuição da luz, barulho e controle da temperatura na unidade do setor, ou pelo enrolamento desse RN.

9.3 BARREIRAS E FACILITADORES

Neste estudo, foram observadas algumas barreiras citadas pelos profissionais, e abordaremos primeiro o que diz respeito à gestão local, pois há fatores que geram barreiras na condução da assistência de enfermagem. A título de exemplo, não ter uma escala de avaliação de dor e não ter um protocolo para manejo da dor do

RN no AC são fatores que geram barreiras na assistência da enfermagem, e isso repercute desde a avaliação do RN até o registro das condutas em seu prontuário.

Na UTIN da ME há um impresso com uma escala de avaliação de dor neonatal (NIPS) para os profissionais de enfermagem, porém, no setor onde foi realizado a pesquisa no AC, ainda não há uma escala de dor implementada, o que dificulta a avaliação pelos profissionais de enfermagem.

Em um estudo sueco, vários enfermeiros neonatais achavam que as diretrizes sobre manuseio do RN em momentos causadores de dor em suas unidades não eram claras, de modo que a avaliação da dor não era implementada rotineiramente em sua unidade. Logo, a falta de clareza impediu o uso da avaliação da dor no trabalho diário, gerando barreiras para assistência (MISIC *et al.*, 2021).

No período neonatal, a avaliação da dor baseia-se nas respostas do RN frente ao estímulo nociceptivo, ou seja, o modelo de avaliação da dor no lactente pré-verbal após um evento doloroso agudo é determinado por modificações de órgãos, sistemas e comportamentos (BALDA; GUINSBURG, 2018).

Em um outro estudo sobre a utilização de uma escala de dor com 40 profissionais da equipe de enfermagem da UTIN de um Hospital Universitário localizado no Rio de Janeiro, verificou-se que a aplicação da escala variava: 21 profissionais (52,5%) aplicavam-na nos horários pré-determinados e 19 profissionais (47,5%) não a aplicavam. Esse valor de variação foi justificado pela mudança da localização da escala de dor para a folha de evolução de enfermagem, o que tornava a utilização desta escala uma função exclusiva do enfermeiro e não por toda equipe de enfermagem (ARAÚJO *et al.*, 2021).

A avaliação objetiva da dor no RN deve ser realizada por meio de escalas que agregam parâmetros fisiológicos e comportamentais, com a finalidade de se obter informações a respeito das respostas individuais à dor (CAMPOS, 2018). Portanto, é fundamental identificar um instrumento abrangente que meça a dor e a agitação neonatal em sua totalidade, tanto na dor aguda quanto na dor crônica durante as avaliações de rotina.

A *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS) é uma ferramenta de medida de dor comum utilizada em muitas UTINs de nível IV para avaliar a dor neonatal durante avaliações de rotina e com procedimentos dolorosos (DESAI *et al.*, 2018). Embora o NIPS seja uma ferramenta comum usada para documentar dor neonatal, foi desenvolvida para tratar apenas da dor aguda causada por procedimento. Pode ser

utilizada com RN prematuro, RN a termo e bebês de até 1 ano de idade (DESAI *et al.*, 2018). Essa é uma boa opção para ser utilizada no ambiente do AC.

Outra barreira importante citada foi a ausência de protocolo para o manejo da dor do RN no AC. Na instituição existe um protocolo de manejo não farmacológico da dor neonatal que foi implantado para setor da UTIN.

Os protocolos assistenciais constituem uma importante ferramenta para o enfrentamento de problemas relacionados à prática assistencial e direcionam a assistência, relacionando o que se faz, quem faz e como se faz, descrevendo situações específicas do cuidado. São instrumentos para a gestão, qualidade e segurança, que buscam a excelência na prestação do cuidado, pois contribuem para a redução de eventos adversos de forma dinâmica e embasada nas evidências científicas (PILLER *et al.*, 2019).

No que diz respeito à gestão local, foram citadas como barreira a falta de treinamento e a sobrecarga de trabalho, porém, observa-se que a falta de treinamento é uma informação pouco explorada nos artigos que falam sobre manejo da dor.

A maioria dos trabalhadores da saúde receberam informações sobre dor neonatal ao longo da sua formação em curso técnico, graduação ou pós-graduação, não sendo uma prática contínua ter treinamento na própria maternidade (CAMPOS, 2018).

A adoção das boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde, compreendidas como componentes da garantia da qualidade, assegura que os serviços sejam ofertados dentro de padrões adequados, buscando primeiramente a redução de riscos inerentes à prestação de serviços de saúde (DUARTE, 2020).

A falta de treinamento ou capacitações é uma barreira que traz como consequência uma lacuna entre o conhecimento e a prática. Em um estudo realizado em hospital universitário do Nordeste brasileiro, com profissionais de saúde que trabalhavam na UTI, foi referido que o conhecimento adquirido em cursos são importantes para melhorar a identificação da dor neonatal e consequentemente ampliar a percepção de profissionais (MARQUES *et al.*, 2019).

O treinamento para capacitar os profissionais em temáticas específicas é de suma importância, uma vez que aumentam o conhecimento e tornam as atitudes mais positivas em relação à implementação de alguma medida na prática assistencial.

Os profissionais que trabalham com RN devem ser capacitados e treinados continuamente para que o conhecimento teórico reflita sobre a prática profissional,

pois o manejo da dor do RN deve ser proporcionado de forma qualificada e humanizada (SOARES *et al.*, 2016).

Por isso se faz necessária a adoção de protocolos clínicos, recursos humanos, materiais e treinamentos para uma assistência qualificada e segura. Essas ações favorecem o serviço de prevenção e controle de eventos adversos.

Neste sentido, a educação permanente pode servir de caminho para a emancipação e autonomia do profissional, pois promove um encontro entre o trabalho e a formação, ou seja, é no trabalho e para o trabalho que o processo de educação permanente se dá, permitindo a aplicação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas (SILVA *et al.*, 2018).

A sobrecarga de trabalho também foi citada como barreira para prática de alívio da dor no AC. Destaca-se a preconização do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) na Resolução nº 543/2017, que considera:

§ 3º Para alojamento conjunto, o binômio mãe/filho deve ser classificado, no mínimo, como cuidado intermediário. E que para efeito de cálculo devem ser consideradas: o sistema de classificação de pacientes – SCP e a proporção profissional/paciente nos diferentes turnos de trabalho respeitando os percentuais descritos na letra “a” do item II: 1) cuidado mínimo: 1 profissional de enfermagem para 6 pacientes; 2) cuidado intermediário: 1 profissional de enfermagem para 4 pacientes; 3) cuidado de alta dependência: 1 profissional de enfermagem para 2,4; 4) cuidado semi-intensivo: 1 profissional de enfermagem para 2,4; 5) cuidado intensivo: 1 profissional de enfermagem para 1,33 (COFEN, 2017, p. 1).

O AC é considerado um ambiente com cuidados intermediários pela Resolução nº 543/2017, que estabelece o mínimo para o quadro de profissionais de enfermagem, para as 24 horas de cada unidade de internação (UI). Para tal, considera o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP): as horas de assistência de enfermagem, a distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem e a proporção profissional/paciente. Para o efeito desse cálculo, considera 6 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado intermediário (COFEN, 2017).

Segundo os últimos gráficos disponibilizados no site da Maternidade Escola⁴, a média anual em 2021 de pacientes internados no AC foi de 27 pacientes/dia, um período anormal de fluxo devido ainda a refletir o período da pandemia iniciada em março de 2020, causada pelo COVID-19 e das medidas de isolamento, sendo um período caracterizado com menor fluxo de internações.

⁴ Disponível em: <<http://www.me.ufrj.br/>>.

Mesmo assim, podemos observar que, a partir dessa média de 27 pacientes/dia, existe uma necessidade de 6,7 profissionais de enfermagem para escala profissional do dia no setor do AC.

O ambiente da pesquisa possui capacidade média atual de 55 pacientes/dia (10 leitos para gestantes, 5 leitos para perdas, 18 para binômios, e 1 enfermaria de isolamento com mais 4 leitos), podendo redistribuir as enfermarias e aumentar essa capacidade. O local da pesquisa mantém uma escala diária de 7 profissionais de enfermagem pelo período de 24h, com o quadro de 5 técnicos de enfermagem e 2 enfermeiros a cada plantão de 24h, atendendo às normas da Resolução nº 543/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

Existe a necessidade de prevenir a sobrecarga de trabalho, considerando fatores como: diminuir horas extras, proporcionar um ambiente saudável, assegurar horário de alimentação, assim como ter uma alimentação saudável.

Em relação aos resultados encontrados, o facilitador mais apontado pela equipe de enfermagem para o manejo da dor do RN foi o uso de medidas não farmacológicas.

Em relação aos facilitadores para práticas de alívio da dor no AC, cabe ressaltar que o sistema do AC necessita de uma assistência que estimula o contato e a permanência conjunta da mãe e do RN sadio. Entende-se que este modelo favorece a prestação de cuidados assistenciais à mulher e ao seu filho, as orientações para o autocuidado e o incentivo ao aleitamento materno, além de estimular o relacionamento afetivo no binômio mãe-filho e com os familiares (MARTINS *et al.*, 2021).

O manejo não farmacológico para alívio da dor consiste em artifícios que favorecem a redução do tempo de choro e melhora da oxigenação e do gasto energético, promovendo descanso e analgesia (CARVALHO *et al.*, 2021). A amamentação é um facilitador importante para o manejo da dor do RN, sendo uma medida que, se disponível, precisa ser a primeira opção de escolha pela equipe de enfermagem.

Em um estudo mais recente com 120 RNs a termo, comparou-se o efeito analgésico da amamentação, posição canguru e enrolamento na realização da vacina BCG. Os dados mostraram que os escores para a escala *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS) de dor em um e dois minutos após a vacina no grupo amamentação foram menores que as demais intervenções, sendo que a amamentação obteve a maior taxa de sucesso na redução do tempo de choro (FALLAH *et al.*, 2017).

O contato pele a pele (CPP) é outro facilitador, considerado uma medida não farmacológica para o alívio da dor, de baixo custo e de fácil acesso, uma vez que o binômio mãe e RN se encontram no mesmo ambiente. Em um estudo nacional foi registrado que a amamentação combinada ao CPP pode potencializar o efeito analgésico, contribuindo para a melhor recuperação do RN após procedimentos dolorosos (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Esses métodos não farmacológicos para alívio da dor do RN precisam ser mais disseminados entre os profissionais de enfermagem, se possível com treinamento específico para que essas tecnologias possam ser aproveitadas e as medidas implementadas de forma eficiente.

Outro facilitador citado pela equipe de enfermagem foi ter disponível uma escala de avaliação da dor. Como citado anteriormente, não ter a escala acaba sendo um fator que gera uma barreira na aplicação efetiva do manejo da dor do RN.

A criação de instrumentos para avaliar a dor se faz necessário pela importância de controlar de maneira sistemática e efetiva esse fenômeno, comum nas unidades intensivistas, e necessária em unidades intermediárias e de baixo risco. Tais instrumentos devem ser aplicados de forma apropriada e uniforme, visando ao treinamento e atualização da equipe, alcançando assim seu objetivo (MORETTO *et al.*, 2019).

Para que o uso de escalas seja um facilitador para a prática do profissional de enfermagem, existe a necessidade que a mesma seja incorporada no serviço tanto para técnicos de enfermagem quanto para enfermeiros.

9.4 REGISTRO DA DOR

Segundo a nova diretriz para o manejo da dor aguda no período neonatal, os procedimentos dolorosos discutidos foram classificados segundo a intensidade da dor, isto é, como muito dolorosos ou dolorosos. Os classificados como muito dolorosos são: punção de calcânhar, venopunção, punção arterial, colocação de cateter central de inserção periférica (PICC) e injeção intramuscular (JUNQUEIRA *et al.*, 2023).

No ambiente em que a pesquisa foi realizada, o procedimento doloroso mais realizado em RNs a termo foi a punção de calcâneo, que consiste no monitoramento dos níveis de glicose no sangue do RN por meio de uma punção na lateral do calcânhar.

A metanálise da Cochrane envolvendo 6 ensaios com 478 RNs, comparando venopunção x pezinho (calcanhar) e utilizando diferentes escalas de avaliação da dor (NIPS, NFCS, PIPP), mostrou estatisticamente significativos escores de dor menores com a venopunção em relação ao pezinho (calcanhar) (SHAH *et al.*, 2012).

Sendo assim, na prática clínica é mais comum observar o subtratamento durante procedimentos que resultam em dor leve a moderada, que por sua vez representam o maior número de intervenções (COSTA *et al.*, 2019).

O estudo demonstrou que ainda se mantém a média de 5,4 procedimentos que geram dor no RN do AC, reafirmando o estudo realizado em 2007 por Mariana Bueno, onde no primeiro dia de internação o procedimento mais realizado foi a aplicação de injeção intramuscular (302 procedimentos), no segundo dia a punção capilar de calcâneo (80 procedimentos) e, entre o terceiro e quarto dia, a punção venosa (160 procedimentos no terceiro dia e 25 no quarto dia). A média de procedimentos dolorosos durante a internação foi de 5,11 por RN, com mediana de 4 e desvio padrão de 3,08. O número máximo de procedimentos dolorosos foi de 17 e mínimo de 2 por RN durante o período de internação (BUENO; SILVA, 2007).

O prontuário do RN do AC tem a folha de prescrição do RN com três colunas. A primeira coluna apresenta os diagnósticos de enfermagem, a segunda coluna tem as intervenções de enfermagem a serem realizadas e a terceira coluna consta do aprazamento (Anexo 4).

No Diagnóstico de Enfermagem relacionado à dor, há o seguinte item: dor aguda e localização; e na coluna da intervenção de enfermagem, os itens: avaliar resposta do RN a medicação analgésica, encorajar a presença da família do RN durante momentos de dor, monitorar sinais vitais e comportamento do RN, posicionar adequadamente o RN, promover ambiente tranquilo, promover sono e repouso do RN, realizar métodos não farmacológicos de alívio de dor e buscar as causas de dor (ME/UFRJ, 2022).

A Academia Americana de Pediatria (2016) afirma que há uma grande prevalência de divergências de conhecimento em saúde e da capacidade dos profissionais de saúde para avaliar e controlar adequadamente a dor em neonatos. O prontuário emerge como um dos recursos para o alcance dessa proposta, pois é uma forma de comunicação contínua entre os profissionais e um documento legal para o registro diário de informações referentes aos atendimentos por toda equipe de saúde.

A enfermagem é responsável por metade das informações inerentes ao cuidado do paciente, visto que o acompanha durante as 24 horas do dia. Além disso, o registro de enfermagem constitui-se de um dever ético-legal a ser realizado por enfermeiros e técnicos de enfermagem (TE) em todos os ambientes de saúde. Contudo, mesmo imprescindível e obrigatório, os registros de enfermagem ainda são incipientes, fato este que corrobora com a invisibilidade da profissão (FERREIRA *et al.*, 2020).

10 CONCLUSÃO

A estrutura i-PARIHS foi útil para orientar sobre o diagnóstico local, identificando fatores importantes para a mudança que irão impactar positivamente o serviço de saúde. Além disso, foi possível compreender a estrutura cultural do manejo da dor pelos profissionais de enfermagem e conseqüentemente descobrir as necessidades do serviço para que o manejo seja realizado de forma efetiva e eficaz. É necessário implementar estratégias de intervenção para a tradução do conhecimento junto aos profissionais de enfermagem.

Este estudo demonstrou que grande parte dos profissionais de enfermagem tem conhecimento básico sobre manejo da dor, porém há uma dificuldade na avaliação, tratamento e registro da dor do RN no AC. Assim, ainda existe uma lacuna entre o conhecimento e sua aplicação na prática.

Apesar das recomendações das políticas públicas voltadas para o RN e suas evidências científicas, os profissionais de enfermagem ainda não as aplicam em sua prática assistencial. O conhecimento ainda é superficial, utilizando-se de saberes mais empíricos do que científicos, o que reflete na prática assistencial.

O desconhecimento em relação ao uso de escalas, as intervenções não farmacológicas e farmacológicas e seus efeitos, bem como o registro em prontuário, leva a uma interferência no processo de enfermagem.

A análise documental dos prontuários dos RNs mostrou o quanto ainda é escasso o registro e anotação de enfermagem referente à identificação, avaliação e tratamento da dor neonatal no AC. Nota-se que há um sub-registro da avaliação e uso de medidas não farmacológicas e farmacológicas da dor.

Foi possível identificar os procedimentos dolorosos mais realizados no AC em RNs. Os registrados foram: punção de calcâneo, aplicação injeção intramuscular, punção venosa periférica, aspiração de vias aéreas e punção lombar.

O estudo possibilitou conhecer os fatores que facilitam e dificultam a prática dos profissionais da enfermagem para implementação do manejo da dor mediante a identificação dos principais itens relatados por eles, fornecendo subsídios para o planejamento de ações gerenciais para o setor do AC.

A temática da dor ainda é muito pouco explorada no setor do AC e necessita ser mais aprofundada pela dinâmica e complexidade dos RNs admitidos na unidade.

Sugere-se que seja implantando no AC um protocolo para manejo da dor do RN conforme as necessidades do local, e que os profissionais de enfermagem possam ser sensibilizados sobre a temática, além de participarem ativamente dos processos de implantação de serviços de saúde.

Recomenda-se que a equipe de enfermagem do AC realize a avaliação e tratamento da dor do RN baseada em boas práticas assistenciais. Deste modo, sugerimos que uma escala de avaliação da dor do RN seja implementada no setor.

Houve um ganho importante com a pesquisa no que tange à compreensão que o serviço de enfermagem necessita de sempre estar em atualização e se capacitando, que a educação permanente precisa estar sempre atuante no serviço.

Motivar enfermeiros como líderes de equipes a buscar sempre a capacitação para que conhecimento seja compreendido e a prática mais assertiva, e também para que possam ser multiplicadores dos saberes em saúde, assim diminuindo a lacuna que existe entre o conhecimento e a prática assistencial.

11 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações do presente estudo relacionam-se à inexistência de representatividade estatística, uma vez que ele foi realizado apenas com uma equipe de enfermagem de uma única maternidade do município do Rio de Janeiro. Sugere-se que em pesquisas futuras ocorra a inclusão dos demais profissionais de saúde (médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos) para a obtenção de um diagnóstico situacional mais abrangente acerca do manejo da dor do RN nessas categorias.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDER, S. et al. Knowledge of and attitudes toward heel prick screening for sickle cell disease in Saint Lucia. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 41, p. e70-e70, 2017.
- ALMEIDA, V. S. de et al. Nursing diagnoses of newborns in rooming-in care using ICNP®. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 4, p. e20200672, 2022.
- ARAÚJO, B. S. et al. Práticas de avaliação e manejo da dor na unidade neonatal. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 13, p. 531-537, 01 maio 2021.
- BALDA, R. C. X.; GUINSBURG, R. **A linguagem do amor no recém-nascido**. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2018. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/DocCient-Neonatal-Linguagem_da_Dor_atualizDEz18.pdf. Acesso em: 14 jan. 2023.
- BANDEIRA, A. G. et al. A utilização de um referencial metodológico na implementação de evidências como parte da investigação em enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 4, 11 dez. 2017.
- BENOIT, B. et al. Neurophysiological assessment of acute pain in infants: a scoping review of research methods. **Acta Paediatrica**, v. 106, n. 7, p. 1053-1066, jul. 2017.
- BERGSTRÖM, A. et al. The use of the PARIHS framework in implementation research and practice-a citation analysis of the literature. **Implementation Science**, v. 15, n. 1, p. 68, dez. 2020.
- BERNARDO, G. de et al. Rooming-in reduces salivary cortisol level of newborn. **Mediators of Inflammation**, v. 2018, p. 1-5, 2018.
- BIRKEN, S. A. et al. Criteria for selecting implementation science theories and frameworks: results from an international survey. **Implementation Science**, v. 12, n. 1, p. 124, dez. 2017.
- BONUTTI, D. P. et al. Dimensioning of painful procedures and interventions for acute pain relief in premature infants. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, n. 0, 21 set. 2017.
- BRASIL. Diretriz para Prevenção e Manejo da Dor Aguda por Procedimentos Dolorosos no Período Neonatal / Maria de Fátima Junqueira-Marinho [et al.]. – Rio de Janeiro: Fiocruz, **Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**, 2023.
- BRIGGS, D. C.; ENEH, A. U.; ALIKOR, E. A. D. Basic neonatal resuscitation: Retention of knowledge and skills of primary health care workers in Port Harcourt, Rivers State, Southern Nigeria. **The Pan African Medical Journal**, v. 38, p. 75-75, abr. 2021.

CAMPOS, A. P. S. Neonatal pain: knowledge, attitude and practice of the nursing team. **Brazilian Journal of Pain**, v. 1, n. 4, 2018.

CAMPOS, P. M. et al. Skin-to-skin contact and breastfeeding of newborns in a university hospital. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, n. esp., p. e20190154, 2020.

CARVALHO, S. S. et al. Percepção da equipe de enfermagem acerca da avaliação da dor em recém-nascidos prematuros. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 10, n. 2, 25 out. 2021.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925-936, mar. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 543/2017**. 12 maio 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html. Acesso em: 14 jan. 2023.

CORRÊA, J. M. E. et al. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre aleitamento materno exclusivo. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 6, p. 5280-5294, 2019.

COSTA, T. et al. Nurses' knowledge and practices regarding pain management in newborns. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, n. 0, 2017.

COSTA, T. et al. Nurses' knowledge and practices regarding pain management in newborns. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p. e03210, 2017.

COSTA, T. M. de S. et al. Massage for neonatal pain relief in intensive care units: A scoping review. **Rev Rene**, v. 22, p. e60597, 14 jan. 2021.

DESAI, A. et al. Comparing N-PASS and NIPS: Improving pain measurement in the neonate. **Advances in Neonatal Care**, v. 18, n. 4, p. 260-266, ago. 2018.

DUARTE, F. C. P. et al. Preparo de alta para o cuidado domiciliar de recém-nascidos de baixo risco. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 27, p. e38523, 28 mar. 2019.

DUARTE, S. da C. M. et al. Best safety practices in nursing care in neonatal intensive therapy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, p. e20180482, 2020.

DUERDEN, E. G. et al. Early procedural pain is associated with regionally-specific alterations in thalamic development in preterm neonates. **The Journal of Neuroscience**, v. 38, n. 4, p. 878–886, 24 jan. 2018.

FALLAH, R. et al. Comparison of effect of kangaroo mother care, breastfeeding and swaddling on Bacillus Calmette-Guerin vaccination pain score in healthy term neonates by a clinical trial. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v. 30, n. 10, p. 1147-1150, 19 maio 2017.

FERREIRA, L. de L. et al. Analysis of records by nursing technicians and nurses in medical records. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, p. e20180542, 2020.

GOMES, P. P. de S. et al. Non-pharmacological measures for pain relief in venipuncture in newborns: description of behavioral and physiological responses. **Brazilian Journal of Pain**, v. 2, n. 2, 2019.

HARVEY, G.; KITSON, A. PARIHS revisited: From heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. **Implementation Science**, v. 11, n. 1, p. 33, out. 2016.

ITOTE, E. W. et al. Knowledge of intrapartum care among obstetric care providers in rural Kenya. **International Health**, v. 11, n. 4, p. 258-264, 2019.

JACOB, L. M. da S.; LOPES, M. H. B. de M.; SHIMO, A. K. K. Instrument about knowledge, attitudes, and practices of pregnant women about the hypertensive disease of pregnancy. **Revista Rene**, v. 22, p. e60040, 4 jan. 2021.

JUNQUEIRA – MARINHO, M F et al. Diretriz para prevenção e manejo da dor aguda por procedimento doloroso no período neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, 2023.

KENT, A. L. et al. Neonatal acute kidney injury: A survey of neonatologists' and nephrologists' perceptions and practice management. **American Journal Perinatology**, v. 35, n. 1, p. 1-9, 2018.

KISLOV, R. et al. Harnessing the power of theorising in implementation science. **Implementation Science**, v. 14, n. 103, p. s13012-s13019, dez. 2019.

KITSON, A. L. et al. Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: Theoretical and practical challenges. **Implementation Science**, v. 3, n. 1, p. 1, jan. 2008.

KITSON, A.; HARVEY, G.; MCCORMACK, B. Enabling the implementation of evidence based practice: A conceptual framework. **Quality in health care: QHC**, v. 7, n. 3, p. 149-158, 1998.

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

LAGO, P. et al. Systematic review of nonpharmacological analgesic interventions for common needle-related procedure in newborn infants and development of evidence-based clinical guidelines. **Acta Paediatrica**, v. 106, n. 6, p. 864870, jun. 2017.

LEITE, A. M. et al. Amamentação e contato pele-a-pele no alívio da dor em recém-nascidos na vacina contra Hepatite B. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 3, 30 set. 2015.

MACIEL, H. I. A. et al. Pharmacological and nonpharmacological measures of pain management and treatment among neonates. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 31, n. 1, 2019.

MANGAT, A. et al. A Review of non-pharmacological treatments for pain management in newborn infants. **Children**, v. 5, n. 10, p. 130, 20 set. 2018.

MARINHO, P. M. L. et al. Construction and validation of a tool to assess the use of light technologies at intensive care units. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, 2016.

MARQUES, A. C. G. et al. Avaliação da percepção de dor em recém-nascidos por profissionais de saúde de unidade neonatal. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 432-436, dez. 2019.

MARTINS, A. B. et al. Diagnósticos de enfermagem relacionados ao alojamento conjunto. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 15, n. 1, 15 fev. 2021.

MAXWELL, L. G.; FRAGA, M. V.; MALAVOLTA, C. P. Assessment of Pain in the Newborn. **Clinics in Perinatology**, v. 46, n. 4, p. 693-707, dez. 2019.

MCCORMACK, B. et al. Development and Testing of the Context Assessment Index (CAI). **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 6, n. 1, p. 27-35, mar. 2009.

MELO, A. da S.; QUERIDO, D. L.; MAGESTI, B. N. Construction and validation of educational technology for non-pharmacological management of neonatal pain. **Brazilian Journal Of Pain**, v. 5, n. 1, 2022.

MESQUITA, N. S. de et al. Perceptions of puerperas about nursing care received in the immediate post-breastfeeding / Percepções de puérperas acerca do cuidado de enfermagem recebido no pós-parto imediato. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 1, p. 160-166, 1 jan. 2019.

MIGOTO, M. T. et al. Correlação espacial da mortalidade perinatal com condições sociais, econômicas e demográficas: Estudo ecológico. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 3, n. 1, p. 75-85, 8 jul. 2020.

MISIC, M. C. et al. Nurses' perception, knowledge, and use of neonatal pain assessment. **Paediatric and Neonatal Pain**, v. 3, n. 2, p. 59-65, jun. 2021.

MOURA, D. M.; SOUZA, T. P. B. DE. Knowledge of the neonatal intensive care unit nursing team about newborn pain. **Brazilian Journal of Pain**, 2021.

NILSEN, P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. **Implementation Science**, v. 10, n. 1, p. 53, dez. 2015.

OBERHELMAN, S. S. et al. Vitamin D and the Breastfeeding Infant: Family Medicine Clinicians' Knowledge, Attitudes, and Practices. **Journal of Human Lactation**, v. 34, n. 2, p. 331-336, mar. 2018.

OGAWA, S. Venepuncture is preferable to heel lance for blood sampling in term neonates. **Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition**, v. 90, n. 5, p. F432-F436, 1 set. 2005.

OLIVEIRA, C. de F. et al. Barreiras à implementação de recomendações para assistência ao parto normal: revisão rápida de evidências. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. 1, 14 dez. 2020a.

OLIVEIRA, C. R. de et al. Neonatal pain management in a maternity hospital of usual risk: Perspectives of health team leading professionals. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, 2020b.

PENG, N.-H. et al. Knowledge, attitudes and practices of neonatal professionals regarding pain management. **European Journal of Pediatrics**, v. 180, n. 1, p. 99-107, jan. 2021.

PONTHIER, L. et al. Parental presence during painful or invasive procedures in neonatology: A survey of healthcare professionals. **Archives de Pédiatrie**, v. 27, n. 7, p. 362-367, out. 2020.

RANA, N.; BRUNELL, O.; MÅLQVIST, M. Implementing delayed umbilical cord clamping in Nepal-Delivery care staff's perceptions and attitudes towards changes in practice. **PLoS One**, v. 14, n. 6, p. e0218031-e0218031, jun. 2019.

RAJA, S N et al. The Revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **HHS Public Access**. V. 161, n. 9, p. 1976-1982, set. 2020.

RIDDELL, R. P. et al. Using only behaviours to assess infant pain: A painful compromise? **Pain**, v. 157, n. 8, p. 1579-1580, ago. 2016.

ROCHA, É. C. S. et al. Procedimentos dolorosos agudos no recém-nascido pré-termo em uma unidade neonatal. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 27, p. e42849, 27 nov. 2019.

ROSA, P. L. F. S.; BORGES, A. L. V.; ARAÚJO, E. M. de. Validação de conteúdo do instrumento Percepção sobre Discriminação Racial Interpessoal nos Serviços de Saúde (Driss). **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 1, p. e200410, 2021.

ROUÉ, J.-M. et al. Multimodal pain assessment: are near-infrared spectroscopy, skin conductance, salivary cortisol, physiologic parameters, and Neonatal Facial Coding System interrelated during venepuncture in healthy, term neonates? **Journal of Pain Research**, v. 11, p. 2257-2267, out. 2018.

RYCROFT-MALONE, J. et al. Ingredients for change: Revisiting a conceptual framework. **Quality & Safety in Health Care**, v. 11, n. 2, p. 174-180, 2002.

RYCROFT-MALONE, J. et al. The role of evidence, context, and facilitation in an implementation trial: Implications for the development of the PARIHS framework. **Implementation Science**, v. 8, n. 1, p. 28, mar, 2013.

RYCROFT-MALONE, J. The PARIHS framework-a framework for guiding the implementation of evidence-based practice. **Journal of Nursing Care Quality**, v. 19, n. 4, out./dez. 2004.

SAMI, S. et al. "You have to take action": Changing knowledge and attitudes towards newborn care practices during crisis in South Sudan. **Reproductive Health Matters**, v. 25, n. 51, p. 124-139, dez. 2017.

SANTOS, R. R. dos et al. Diagnostic and therapeutic knowledge and practices in the management of congenital syphilis by pediatricians in public maternity hospitals in Brazil. **International Journal Health Service**, v. 49, n. 2, p. 322-342, 2019.

SANTOS, R. R. dos; PAIVA, M. C. M. da S. de; SPIRI, W. C. Associação entre qualidade de vida e ambiente de trabalho de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 5, p. 472-479, 2018.

SCHNEIDER, L. R.; PEREIRA, R. P. G.; FERRAZ, L. Prática Baseada em Evidências e a análise sociocultural na Atenção Primária. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, p. e300232, 2020.

SENA, E. M. A. B. de et al. Venopunção periférica em prematuros: O cuidado de enfermagem para segurança do paciente. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 1, p. 1, 1 jan. 2018.

SHAH, P. S. et al. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2012, n. 12, 12 dez. 2012.

SHAH, V. S. et al. Neonatal pain response to heel stick vs venepuncture for routine blood sampling. **Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition**, v. 77, n. 2, p. F143-F144, 1 set. 1997.

SHAH, V. S.; OHLSSON, A. Venepuncture versus heel lance for blood sampling in term neonates. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 5 out. 2011.

SILVA, M. D. et al. Medidas de alívio da dor em neonatos com a participação da família: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 12, p. e47, 27 out. 2022.

SILVA, Y. P. e et al. Avaliação da dor em neonatologia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 57, n. 5, out. 2007.

SOUZA, A. C. de et al. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 3, p. 649-659, jul. 2017.

STEVENS, B. J. et al. Implementation of multidimensional knowledge translation strategies to improve procedural pain in hospitalized children. **Implementation Science**, v. 9, n. 1, p. 120, 2014. ISSN 1748-5908.

VALÉRIO, A. F. et al. Difficulties faced by nurses to use pain as the fifth vital sign and the mechanisms/actions adopted: an integrative review. **Brazilian Journal of Pain**, v. 2, n. 1, 2019.

VIANA, T. R. F. V. et al. Pain in full term newborns submitted to music and swaddling during venipunctures. **Revista Rene**, v. 21, p. e43904, 18 jun. 2020.

YUE, J. et al. Evaluating factors that influenced the successful implementation of an evidence-based neonatal care intervention in Chinese hospitals using the PARIHS framework. **BMC Health Services Research**, v. 22, n. 1, 2022.

ZARGHAM-BOROUJENI, A.; ELSAGH, A.; MOHAMMADIZADEH, M. The effects of massage and breastfeeding on response to venipuncture pain among hospitalized neonates. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, v. 22, n. 4, p. 308, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TCLE PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Comitê de ética em pesquisa EAAN/HESFA termo de consentimento livre e esclarecido

Resolução nº 466/12 e a Resolução nº 580/18 – Conselho Nacional de Saúde

Eu, Carla Pereira Nogueira Furriel, Enfermeira, COREN-RJ 530734, estou convidando-o a participar da pesquisa que venho desenvolvendo no curso de mestrado da EEAN/UFRJ, sob orientação da Profª. Drª Marialda Moreira Christoffel, junto ao Núcleo de Pesquisa de Saúde da Criança. A pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO E MANEJO DA DOR NEONATAL NO ALOJAMENTO CONJUNTO” que tem como objetivo geral analisar o manejo não farmacológico dos profissionais de saúde para melhoria da prática profissional relacionado à temática do alívio da dor aguda em recém-nascidos em uma unidade do alojamento. E os objetivos específicos: descrever o conhecimento e a prática dos profissionais de saúde quanto ao manejo não farmacológico da dor do recém-nascido no alojamento conjunto; identificar as barreiras e os facilitadores para a realização do alívio da dor dos recém-nascidos no alojamento conjunto; implementar um banner a partir do conhecimento e prática identificado pelos questionários.

Esta é uma pesquisa de abordagem quantitativa, descritivo, transversal. A pesquisa terá duração de 18 meses, com o término previsto para Julho de 2021. Serão respeitados todos os preceitos ético-legais regidos na resolução 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes terão sua identidade preservada, as respostas terão caráter sigiloso e as pesquisadoras não estão sendo remunerados para a realização desse estudo, assim como os colaboradores (Participantes) não receberão benefícios financeiros para a sua participação.

Reforço que sua participação é voluntária, não havendo nenhum risco ou prejuízo para aqueles que participarem, ou em um dado momento optarem por desligar-se do estudo. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Riscos da pesquisa: Os possíveis riscos do estudo se referem a alguns desconfortos que o profissional possa ter no momento em que estiver respondendo ao questionário, porém, poderá interromper sua colaboração a qualquer momento e esta decisão não irá interferir em qualquer aspecto profissional. Faremos o possível para auxiliá-lo (a) caso o desconforto ocorra, esclarecendo-o (a) ou tranquilizando-o (a).

Benefícios da pesquisa: Aumentar o conhecimento científico para a área da enfermagem neonatal, aprimorando nossa forma de cuidar dos bebês, frente aos procedimentos que precisam ser realizados. Sr.(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Orientadora: Marialda Moreira Christoffel

Cel: 99332-4852. E-mail: marialdanit@gmail.com

Pesquisadora principal: Carla Pereira Nogueira Furiel (EEAN/UFRJ)

Cel: 97966-2711. E-mail: carla.nogueira2202@gmail.com

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY – UFRJ

Comitê de Ética e Pesquisa – Rua Afonso Cavalcanti – Praça Onze

Tel: (21) 2293 8148 – Ramal: 228 - www.eean.ufrj.br

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em autorizar concordo voluntariamente em participar do projeto acima descrito, na condição de sujeito investigado, participando do grupo tutorial e por meio de entrevista. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____, ____ de _____ de 202__.

Responsável pelo participante da pesquisa:

APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ

Divisão de Ensino, pesquisa e extensão

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE DADOS

Título da Pesquisa: Avaliação e manejo da dor do recém-nascido no alojamento conjunto

Pesquisador(a) responsável: Carla Pereira Nogueira

Grupo CONEP: () I () II (X) III

CAAE: 30042420.0.3001.5275

Eu, pesquisador(a) responsável pela pesquisa acima identificada, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na **Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de saúde / Ministério da Saúde**, e em suas complementares (**Resoluções 240/97, 251/97, 303/00, 304/00 e 510/16 do CNS / MS**), e assumo neste termo os compromissos de:

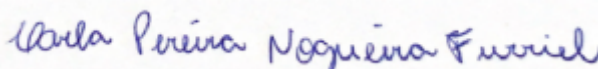
1– Manter a privacidade e confidencialidade dos dados utilizados do prontuário do paciente, do qual não for possível obter o consentimento informado previamente, preservando integralmente o anonimato do paciente e da equipe de saúde envolvida no atendimento prestado;

2– Destinar os dados coletados somente para o projeto ao qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso deverá ser objeto de um novo projeto de pesquisa que deverá ser submetido à apreciação do **Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro**.

3– Quando da divulgação e/ou publicação da pesquisa, fazer referência à Maternidade Escola, (que deverá ser grafada nos seguintes termos: **Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro**) em todas as formas de divulgação (teses, dissertações, artigos, livros, resumos de trabalhos apresentados em reuniões e eventos) e qualquer outra publicação ou forma de divulgação de atividades que resultem, total ou parcialmente, do auxílio da Maternidade Escola.

4– As Unidades Acadêmicas dos pesquisadores envolvidos na pesquisa também deverão ser citadas, sem abreviações.

Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2021.



Pesquisador(a) responsável

Assinatura

Rua das Laranjeiras, 180 - Laranjeiras – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22240-003 Tel (21)
2285 7935 ramal 207 Tel/Fax.: (21) 2205 9064 E-mail: matesc@me.ufrj.br

APÊNDICE C – FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL

Instrumento de consulta aos prontuários

Identificação do rn:	Prontuário:	Sexo:	Peso ao nascer:
Ig:	Dn:	Intern:	Alta:
Tempo de internação:	Diagnóstico:		

	1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia
Impresso de admissão					
Prescrição Médica					
Evolução de enfermagem					
Monitorização de enfermagem					
Procedimentos Dolorosos					
Medida de Alívio da dor					

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO EXTRAÍDO DO *GOOGLE FORMS*®

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Avaliação e manejo da dor do recém-nascido no alojamento conjunto”, em desenvolvimento pela pesquisadora responsável Enfermeira Carla Pereira Nogueira Furriel, da Escola de Enfermagem Anna Nery, e equipe. Tem por objetivos: descrever o conhecimento e a prática dos profissionais de saúde quanto ao manejo não farmacológico da dor do recém-nascido no alojamento conjunto e identificar as barreiras e os facilitadores para a realização do alívio da dor dos recém-nascidos no alojamento conjunto.

Estima-se um tempo médio de 20 minutos para responder todas as questões. Quando desejar concluir, basta clicar no botão “Enviar”. Sua PARTICIPAÇÃO é extremamente IMPORTANTE e DEVERÁ SER RESPONDIDA COM BASE EM SUA EXPERIÊNCIA e/ou com base NAS INFORMAÇÕES QUE TEM TIDO ACESSO, até o presente momento, sobre manejo da dor em recém-nascidos.

Desde de já obrigado pela sua contribuição.

1. Idade *

2. Sexo *

Feminino

Masculino

3. Formação Profissional *

Ensino médio técnico

Graduação

Especialização *latos Sensu*

Especialização residência

Mestrado

Doutorado

Outro:

4. Quanto tempo de experiência profissional com cuidados com recém-nascido você tem? *

5. Quanto tempo você trabalha no alojamento conjunto? *

6. Qual seu vínculo funcional nesta maternidade? *

Funcionário público

Contratado
Residente

7. Categoria profissional que ocupa nesta instituição? *

8. Você recebeu alguma informação sobre o MANEJO DA DOR DO RECÉM-NASCIDO durante sua formação profissional? Especificar em qual local. *

9. Você participou de algum curso/treinamento sobre o MANEJO DA DOR DO RECÉM-NASCIDO nesta instituição? *

Sim

Não

10. Qual foi o curso/treinamento que abordou o manejo da dor do recém-nascido nesta maternidade? *

11. Nesta maternidade existe alguma diretriz, protocolo ou rotina sobre avaliação e manejo da dor do recém-nascido no alojamento conjunto? *

Sim

Não

Não sei responder

2º Bloco – Perguntas que tem por objetivo identificar o conhecimento no alívio da dor do recém-nascido no alojamento conjunto. Neste bloco para respostas utilize: Discordo totalmente, Discordo parcialmente, Não sei opinar, Concordo parcialmente, Concordo totalmente.

1. Considero a dor como um dos sinais vitais do recém-nascido. Responder de 1 a 5 de acordo com escala Likert. *

1 - Discordo totalmente

2 - Discordo parcialmente

3 - Não sei opinar

4 - Concordo parcialmente

5 - Concordo totalmente

2. A dor do recém-nascido do alojamento conjunto muitas vezes não é reconhecida pelos profissionais de saúde. *

1 - Discordo totalmente

2 - Discordo parcialmente

3 - Não sei opinar

4 - Concordo parcialmente

5 - Concordo totalmente

3. Comportamentos do recém-nascido como movimentos faciais e corporais podem ser interpretados como um indicador de dor. *

- 1 - Discordo totalmente
- 2 - Discordo parcialmente
- 3 - Não sei opinar
- 4 - Concordo parcialmente
- 5 - Concordo totalmente

4. Prevenir ou minimizar a dor em recém-nascidos no alojamento conjunto deve ser objetivos dos profissionais de saúde que são comprometidos com a qualidade da assistência do recém-nascidos. *

- 1 - Discordo totalmente
- 2 - Discordo parcialmente
- 3 - Não sei opinar
- 4 - Concordo parcialmente
- 5 - Concordo totalmente

5. A dor do recém-nascido deve ser sistematizado e avaliado pelos profissionais de saúde. *

- 1 - Discordo totalmente
- 2 - Discordo parcialmente
- 3 - Não sei opinar
- 4 - Concordo parcialmente
- 5 - Concordo totalmente

6. O uso de escalas de avaliação da dor do recém-nascido no alojamento conjunto é importante para a prática profissional. *

- 1 - Discordo totalmente
- 2 - Discordo parcialmente
- 3 - Não sei opinar
- 4 - Concordo parcialmente
- 5 - Concordo totalmente

7. A avaliação da dor deve fazer prática da prescrição médica e de enfermagem. *

- 1 - Discordo totalmente
- 2 - Discordo parcialmente
- 3 - Não sei opinar
- 4 - Concordo parcialmente
- 5 - Concordo totalmente

8. A avaliação da dor do recém-nascido antes, durante e depois da realização do procedimento considerado doloroso é imprescindível para prática assistencial. *

- 1 - Discordo totalmente
- 2 - Discordo parcialmente
- 3 - Não sei opinar
- 4 - Concordo parcialmente
- 5 - Concordo totalmente

9. O contato pele a pele promove o alívio da dor do recém-nascido durante os procedimentos dolorosos. *

- 1 - Discordo totalmente
- 2 - Discordo parcialmente
- 3 - Não sei opinar
- 4 - Concordo parcialmente
- 5 - Concordo totalmente

10. A amamentação promove o alívio da dor do recém-nascido durante os procedimentos dolorosos. *

- 1 - Discordo totalmente
- 2 - Discordo parcialmente
- 3 - Não sei opinar
- 4 - Concordo parcialmente
- 5 - Concordo totalmente

11. A sucção com dedo enluvado associada a glicose via oral a 25% promove o alívio da dor do recém-nascido durante os procedimentos dolorosos. *

- 1 - Discordo totalmente
- 2 - Discordo parcialmente
- 3 - Não sei opinar
- 4 - Concordo parcialmente
- 5 - Concordo totalmente

12. Os pais podem participar/ajudar no manejo da dor do recém-nascido no alojamento conjunto. *

- 1 - Discordo totalmente
- 2 - Discordo parcialmente
- 3 - Não sei opinar
- 4 - Concordo parcialmente
- 5 - Concordo totalmente

13. Sedativos aliviam a dor do recém-nascido. *

- 1 - Discordo totalmente
- 2 - Discordo parcialmente
- 3 - Não sei opinar
- 4 - Concordo parcialmente
- 5 - Concordo totalmente

14. Analgésicos e opioides aliviam a dor do recém-nascido. *

- 1 - Discordo totalmente
- 2 - Discordo parcialmente
- 3 - Não sei opinar

- 4 - Concordo parcialmente
- 5 - Concordo totalmente

15. O recém-nascidos que é submetido a repetidos procedimentos dolorosos no alojamento conjunto (ex: punção de calcâneo, punções intravenosas, aspiração VAS, injeção IM) podem ter seu sistema neurocognitivo alterado. *

- 1 - Discordo totalmente
- 2 - Discordo parcialmente
- 3 - Não sei opinar
- 4 - Concordo parcialmente
- 5 - Concordo totalmente

16. A punção no dorso da mão é considerada o local mais indicado para realizar a coleta de sangue para o teste de glicemia capilar no recém-nascido ao invés da punção no calcanhar. *

- 1 - Discordo totalmente
- 2 - Discordo parcialmente
- 3 - Não sei opinar
- 4 - Concordo parcialmente
- 5 - Concordo totalmente

17. O registro da avaliação da dor do recém-nascido em prontuário resulta em medidas para alívio da dor. *

- 1 - Discordo totalmente
- 2 - Discordo parcialmente
- 3 - Não sei opinar
- 4 - Concordo parcialmente
- 5 - Concordo totalmente

18. A decisão conjunta de profissionais (enfermeiros, médicos, fonoaudiólogo, fisioterapeuta) é necessário para o manejo eficiente da dor do recém-nascido. *

- 1 - Discordo totalmente
- 2 - Discordo parcialmente
- 3 - Não sei opinar
- 4 - Concordo parcialmente
- 5 - Concordo totalmente

19. O contexto ambiental (iluminação, ruídos, dentre outros) podem alterar as reações de como o recém-nascido expressa a dor. *

- 1 - Discordo totalmente
- 2 - Discordo parcialmente
- 3 - Não sei opinar
- 4 - Concordo parcialmente
- 5 - Concordo totalmente

20. A instituição deve ter protocolos/procedimentos operacionais padrão, para o manejo da dor do recém-nascido de acordo com as competências de cada profissional de saúde no alojamento conjunto. *

- 1 - Discordo totalmente
- 2 - Discordo parcialmente
- 3 - Não sei opinar
- 4 - Concordo parcialmente
- 5 - Concordo totalmente

3º Bloco – Perguntas que tem por objetivo avaliar as práticas quanto ao alívio da dor do recém-nascido no alojamento conjunto. Neste bloco para respostas utilize: Sempre, frequentemente, ocasionalmente, raramente, nunca.

1. Utilizo escala para avaliar a dor em recém-nascidos durante do procedimento doloroso no alojamento conjunto. *

- 1 - Sempre
- 2 - Frequentemente
- 3 - Ocasionalmente
- 4 - Raramente
- 5 - Nunca

2. Utilizo escala para avaliar a dor em recém-nascidos após o procedimento doloroso no alojamento conjunto. *

- 1 - Sempre
- 2 - Frequentemente
- 3 - Ocasionalmente
- 4 - Raramente
- 5 - Nunca

3. Utilizo escalas para avaliar a dor em recém-nascidos juntamente com a verificação dos sinais vitais após o procedimento doloroso. *

- 1 - Sempre
- 2 - Frequentemente
- 3 - Ocasionalmente
- 4 - Raramente
- 5 - Nunca

4. Avalio a dor em recém-nascidos por meio do choro. *

- 1 - Sempre
- 2 - Frequentemente
- 3 - Ocasionalmente
- 4 - Raramente
- 5 - Nunca

5. Avalio a dor em recém-nascidos por meio mímica facial. *

- 1 - Sempre
- 2 - Frequentemente
- 3 - Ocasionalmente
- 4 - Raramente
- 5 - Nunca

6. Coloco o recém-nascido posicionado para amamentação por 5 minutos antes da realização do procedimento doloroso. *

- 1 - Sempre
- 2 - Frequentemente
- 3 - Ocasionalmente
- 4 - Raramente
- 5 - Nunca

7. Promovo a amamentação durante o procedimento doloroso, sempre que possível estar nessa posição durante o procedimento. *

- 1 - Sempre
- 2 - Frequentemente
- 3 - Ocasionalmente
- 4 - Raramente
- 5 - Nunca

8. Promovo o contato pele a pele 15 minutos antes da realização de procedimentos dolorosos para aliviar a dor do recém-nascido no alojamento conjunto. *

- 1 - Sempre
- 2 - Frequentemente
- 3 - Ocasionalmente
- 4 - Raramente
- 5 - Nunca

9. Promovo o contato pele a pele durante e após a realização de procedimentos dolorosos para aliviar a dor do recém-nascido no alojamento conjunto, sempre que possível estar nessa posição durante o procedimento. *

- 1 - Sempre
- 2 - Frequentemente
- 3 - Ocasionalmente
- 4 - Raramente
- 5 - Nunca

10. Utilizo a sucção não nutritiva com dedo enluvado por 2 minutos antes da realização de procedimentos dolorosos em recém-nascidos para alívio da dor. *

- 1 - Sempre
- 2 - Frequentemente
- 3 - Ocasionalmente
- 4 - Raramente

5 - Nunca

11. Utilizo a sucção não nutritiva com dedo enluvado associada a glicose oral a 25% por 2 minutos antes da realização de procedimentos dolorosos em recém-nascido para alívio da dor. *

1 - Sempre

2 - Frequentemente

3 - Ocasionalmente

4 - Raramente

5 - Nunca

12. Ofereço 1ml de glicose a 25 % na porção anterior da língua (papilas gustativas) 2 minutos antes do procedimento doloroso para aliviar a dor do recém-nascido. *

1 - Sempre

2 - Frequentemente

3 - Ocasionalmente

4 - Raramente

5 - Nunca

13. Realizo enrolamento do recém-nascido antes do procedimento doloroso. *

1 - Sempre

2 - Frequentemente

3 - Ocasionalmente

4 - Raramente

5 - Nunca

14. Promovo o posicionamento adequado do recém-nascido para auxiliar no alívio da dor. *

1 - Sempre

2 - Frequentemente

3 - Ocasionalmente

4 - Raramente

5 - Nunca

15. Promovo a participação dos pais/familiares no manejo da dor do recém-nascido no alojamento conjunto. *

1 - Sempre

2 - Frequentemente

3 - Ocasionalmente

4 - Raramente

5 - Nunca

16. Associo mais de uma medida não farmacológica para alívio da dor do recém-nascido durante a realização de procedimentos dolorosos no alojamento conjunto. *

1 - Sempre

- 2 - Frequentemente
- 3 - Ocasionalmente
- 4 - Raramente
- 5 - Nunca

17. Administro e/ou prescrevo analgésicos para o alívio da dor do recém-nascido no ambiente do alojamento conjunto. *

- 1 - Sempre
- 2 - Frequentemente
- 3 - Ocasionalmente
- 4 - Raramente
- 5 - Nunca

18. Realizo o rodízio do calcâneo do recém-nascido a cada coleta de sangue para glicemia capilar. *

- 1 - Sempre
- 2 - Frequentemente
- 3 - Ocasionalmente
- 4 - Raramente
- 5 - Nunca

19. Realizo punção capilar no dorso da mão do recém-nascido para a realização do teste de glicemia. *

- 1 - Sempre
- 2 - Frequentemente
- 3 - Ocasionalmente
- 4 - Raramente
- 5 - Nunca

20. Registro o número de procedimentos dolorosos que o recém-nascido foi submetido nas 24 horas em prontuário. *

- 1 - Sempre
- 2 - Frequentemente
- 3 - Ocasionalmente
- 4 - Raramente
- 5 - Nunca

21. Registro no prontuário do recém-nascido as medidas de alívio da dor utilizada antes, durante e depois do procedimento doloroso nas 24 horas. *

- 1 - Sempre
- 2 - Frequentemente
- 3 - Ocasionalmente
- 4 - Raramente
- 5 - Nunca

22. Registro no prontuário as manifestações e a avaliação (escores) de dor do recém-nascido. *

- 1 - Sempre
- 2 - Frequentemente
- 3 - Ocasionalmente
- 4 - Raramente
- 5 - Nunca

23. Discuto com a equipe multiprofissional as medidas não farmacológicas para o alívio da dor do recém-nascido no alojamento conjunto. *

- 1 - Sempre
- 2 - Frequentemente
- 3 - Ocasionalmente
- 4 - Raramente
- 5 - Nunca

4º Bloco – Perguntas que tem por objetivo identificar barreiras e facilitadores no emprego de medidas para o alívio da dor do recém-nascido no alojamento conjunto.

1. Cite por ordem de prioridade o que facilita para que você possa utilizar medidas não farmacológicas para o alívio da dor em recém-nascido no alojamento conjunto. *

2. Cite por ordem de prioridade as barreiras que existe aqui no alojamento conjunto para que os profissionais de saúde não utilizem as medidas não farmacológicas para o alívio da dor em recém-nascido? *

APÊNDICE E – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

Termo de Confidencialidade de Utilização de Dados

Eu, Carla Pereira Nogueira, da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, do curso de Mestrado em Enfermagem, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “Avaliação e Manejo da dor neonatal no alojamento conjunto: estudo de intervenção”, comprometo-me com a utilização dos dados contidos no prontuários, pertencentes ao setor de arquivo da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, a fim de obtenção dos objetivos previstos no projeto, somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

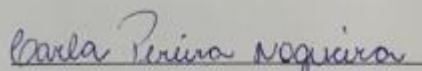
Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos prontuários, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados serão coletados no período de 01/06/2020 a 30/06/2020.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas. Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados na íntegra, ou parte deles, à pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida.

Rio de Janeiro, 10 de Março de 2020.



Assinatura do pesquisador responsável

ANEXOS

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO ORIGINAL CEDIDO PELO GRUPO DE PESQUISA

As próximas perguntas têm por objetivo identificar o conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais de saúde no manejo e avaliação da dor neonatal

2.1- Circule a resposta mais apropriada para traduzir o seu conhecimento sobre a dor do recém-nascido, de acordo com os itens abaixo:

1	2	3	4	5	6
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Discordo	Concordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA AVALIAÇÃO E NO MANEJO DA DOR	1	2	3	4	5	6
1. Sinais vitais nos bebês podem ser interpretados como indicadores de dor.	1	2	3	4	5	6
2. Choro do bebê pode ser interpretado como um indicador de dor.	1	2	3	4	5	6
3. Comportamentos do corpo do bebê (face e movimentos da perna) podem ser interpretados como um indicador de dor.	1	2	3	4	5	6
4. A idade gestacional faz diferença na forma como o bebê expressa a dor.	1	2	3	4	5	6
5. Eu tenho conhecimento suficiente sobre o alívio da dor no bebê.	1	2	3	4	5	6
6. Os bebês podem dormir ou não reagir, apesar da dor intensa.	1	2	3	4	5	6
7. Bebês submetidos a repetidos procedimentos (ex.: punção de calcâneo ou punções intravenosas) devem receber tratamento para a dor para reduzir efeitos adversos em seu desenvolvimento.	1	2	3	4	5	6
8. Eu considero todas as informações necessárias (avaliação, formas de cuidado) antes de decidir o cuidado apropriado para o tratamento da dor.	1	2	3	4	5	6
9. Eu respeito a opinião de outros profissionais (médico, enfermeira, fisioterapeuta, fonoaudiólogo) sobre o cuidado na dor, mesmo que diferentes da minha própria opinião.	1	2	3	4	5	6
10. Eu coordeno\realizo\auxilio no cuidado da dor do bebê com o profissional realizando procedimentos tais como punção lombar, inserção de dreno torácico e cateter central.	1	2	3	4	5	6
11. Eu administro\prescrevo\solicito medicação para dor pós-operatória para o bebê 24h após a cirurgia, mesmo quando prescrita S/N.	1	2	3	4	5	6
12. A dor em bebês muitas vezes não é reconhecida.	1	2	3	4	5	6
13. Bebês diferem notadamente em suas respostas a dor.	1	2	3	4	5	6
14. Bebês não necessitam de analgésicos devido à imaturidade de seu sistema nervoso.	1	2	3	4	5	6
15. Bebês sentem dor assim como os adultos.	1	2	3	4	5	6
16. Tenho conhecimento suficiente para avaliar a dor no bebê.	1	2	3	4	5	6

17. Sou consistente na avaliação da dor em bebês.	1	2	3	4	5	6
18. Registro rotineiramente as avaliações de dor.	1	2	3	4	5	6
19. Preparo adequadamente os bebês para procedimentos dolorosos.	1	2	3	4	5	6
20. Minhas avaliações da dor influenciam no manejo da dor.	1	2	3	4	5	6
21. A idade gestacional do bebê influencia no manejo da dor.	1	2	3	4	5	6
22. O diagnóstico médico\clínico do bebê influencia o manejo da dor.	1	2	3	4	5	6
23. Registro de avaliação da dor é importante.	1	2	3	4	5	6
24. Registro do manejo da dor é importante.	1	2	3	4	5	6
25. Registro de dor resulta em alívio mais efetivo da dor.	1	2	3	4	5	6
26. Conheço escalas específicas para avaliação de dor em bebês.	1	2	3	4	5	6
27. Considero a dor como um dos sinais vitais do bebê.	1	2	3	4	5	6
28. O contexto ambiental influencia na forma como o bebê expressa a dor.	1	2	3	4	5	6
29. Executo ações coordenadas com a equipe com foco no manejo da dor durante procedimentos invasivos.	1	2	3	4	5	6
30. É necessário o uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor.	1	2	3	4	5	6
31. Sedativos (hidrato de cloral e midazolam) não são adequados para aliviar a dor em bebês.	1	2	3	4	5	6
32. Conheço medidas não farmacológicas efetivas no alívio da dor aguda em bebês.	1	2	3	4	5	6
33. Os pais podem ajudar no manejo da dor em bebês.	1	2	3	4	5	6
34. Do ponto de vista médico, ético e humanitário, a dor do bebê deve ser sempre tratada.	1	2	3	4	5	6

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UFRJ - MATERNIDADE
ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO E MANEJO DA DOR NEONATAL NO ALOJAMENTO CONJUNTO

Pesquisador: CARLA PEREIRA NOGUEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30042420.0.3001.5275

Instituição Proponente: Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.352.148

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto do Mestrado da EEAN/ UFRJ a ser desenvolvido na ME, no setor de Alojamento Conjunto na qual a pesquisadora de posse das melhores evidências científicas pretendia aplicar uma intervenção educativa junto a equipe de enfermagem para implementar práticas baseadas em evidência para o manejo da dor aguda do RN no ambiente do alojamento conjunto. Devido a pandemia ela precisou realizar alguns ajustes no projeto e submeteu essa emenda

Objetivo da Pesquisa:

Modificação de objetivos

Objetivo Geral inicial: Analisar o efeito do Knowledge Translation a luz do Referencial Modelo Paríthi(Promovendo a Ação na Implementação da Pesquisa em Serviços de Saúde), para melhoria da prática de avaliação e tratamento da dor aguda em recém-nascidos pelos profissionais de enfermagem na unidade do alojamento conjunto após

estratégia de intervenção EPIQ (Evidencia-Based Practice for Improving Quality/ Prática Baseada em Evidência para a Melhoria da Qualidade).

Objetivos específicos iniciais:Descrever o conhecimento e a prática dos profissionais de enfermagem quanto ao manejo não farmacológico da dor do recém-nascido no alojamento conjunto;Implementar a intervenção EPIQ para melhorar a prática de avaliação e tratamento da dor aguda em RN no alojamento conjunto; Avaliar o nível de adesão dos profissionais de enfermagem

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras **CEP:** 22.240-003
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefones: (21)2555-9747 **Fax:** (21)2205-9004 **E-mail:** cep@me.ufrj.br

ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UFRJ - MATERNIDADE
ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 4.352.146

um mês após a implantação programa educativo no manejo da dor do recém-nascido.

NOVOS OBJETIVOS

Objetivo geral: Analisar o manejo não farmacológico dos profissionais de saúde para melhoria da prática profissional relacionado à temática do alívio da dor aguda em recém-nascidos em uma unidade de alojamento.

Objetivos específicos: Descrever o conhecimento e a prática dos profissionais de saúde quanto ao manejo não farmacológico da dor do recém-nascido no alojamento conjunto; Identificar as barreiras e os facilitadores para a realização do alívio da dor dos recém-nascidos no alojamento conjunto; Implementar um banner a partir do conhecimento e prática identificado pelos questionários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos da pesquisa: Os possíveis riscos do estudo se referem a possíveis desconfortos no momento de responder ao questionário, e medo de repercussões eventuais, e também o tempo do sujeito em responder ao questionário, faremos o possível para auxiliá-lo (a) caso o desconforto ocorra, esclarecendo-o (a) ou tranquilizando-o (a).

Benefícios da pesquisa: Aumentar o conhecimento científico para a área da enfermagem neonatal aprimorando nossa forma de cuidar dos bebês, frente aos procedimentos que precisam ser realizados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Além dos objetivos a pesquisadora solicita alterar o título e tipo de estudo

Título inicial: Avaliação e manejo da dor neonatal no alojamento conjunto, Estudo de intervenção

Título novo: Avaliação e manejo da dor neonatal no alojamento conjunto

Tipo de estudo inicial: Pesquisa quase experimental, sem grupo controle, de abordagem quantitativa, do tipo pré e pós-teste.

Tipo de estudo novo: Pesquisa descritiva, transversal, de abordagem quantitativa.

Endereço: Rua das Laranjeiras, 190
Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-003
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-9747 Fax: (21)2205-9084 E-mail: cep@ma.ufrj.br

ANEXO 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UFRJ - MATERNIDADE
ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 4.352.146

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou o projeto original com as alterações referentes à emenda em vermelho; Carta ao CEP descrevendo as alterações no projeto original com justificativas e adaptou o TCLE.

Recomendações:

Rever as referências pois algumas que são citadas no texto não são apresentadas na listagem - Querido (2014), Domelles (2015), Magessi (2019), Silva (2007) e Silva(2018); Acertar a referência Quirido (2017) que acredito ser Querido (2017), também não se encontra na listagem final

Atentar para o nome correto da justificativa "Emenda -Entende-se por emenda toda modificação no projeto que venha a ocorrer durante o desenvolvimento da pesquisa" e não "Ementa"

A pesquisadora precisou ajustar o estudo devido a pandemia e ao tempo dispensado para realização do mesmo e apresentou justificativa plausível.

Entretanto, não apresentou em anexo o arquivo de "Informações básicas do projeto" modificado com as alterações propostas.

Caso seja permitido pela Plataforma Brasil (por ser co-participante), mudar lá as informações básicas do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Observar as recomendações acima.

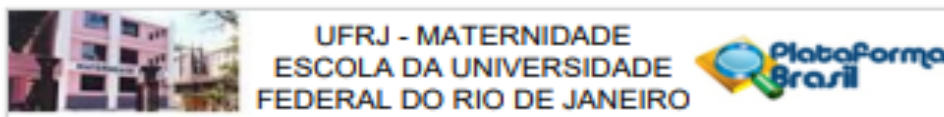
Considerações Finais a critério do CEP:

OBS: De acordo com a Resolução CNS 466/2012, inciso XI.2., e com a Resolução CNS 510/2016, artigo 28, incisos III, IV e V, cabe ao pesquisador:

- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção
- apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Endereço: Rua das Laranjeiras, 140
 Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-003
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2558-9747 Fax: (21)2205-9064 E-mail: cep@ma.ufrj.br

ANEXO 5 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



Continuação do Parecer: 4.352.148

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Ementa.pdf	23/09/2020 21:38:36	CARLA PEREIRA NOGUEIRA	Aceito
Outros	relatorioparcial.pdf	23/09/2020 21:37:03	CARLA PEREIRA NOGUEIRA	Aceito
Brochura Pesquisa	projetoalterado.pdf	23/09/2020 21:35:33	CARLA PEREIRA NOGUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	teleprofissionais.pdf	23/09/2020 21:33:24	CARLA PEREIRA NOGUEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projctobrochura.pdf	31/05/2020 20:03:57	CARLA PEREIRA NOGUEIRA	Aceito
Brochura Pesquisa	projctomodificado.pdf	31/05/2020 19:56:11	CARLA PEREIRA NOGUEIRA	Aceito
Outros	instrumentoanalisedocumental.pdf	29/04/2020 05:43:06	CARLA PEREIRA NOGUEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 21 de Outubro de 2020

Assinado por:
Ivo Basílio da Costa Júnior
(Coordenador(a))

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-003
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-9747 Fax: (21)2205-9064 E-mail: cep@ma.ufrj.br

ANEXO 7 – PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE-ESCOLA

Nome: _____ Data: ____/____/____ ()SD ()SN
Registro: _____ Letra: _____

Prescrição de Enfermagem - RECÉM-NASCIDO

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Apreçamento
Coto Umbilical: Limpo () gelatinoso () manchado () em mancha () cicatrizado ()	Ensinar a mãe do recém-nascido sobre cuidados e limpeza com o coto umbilical.	
	Monitorar a queda do coto umbilical	
	Monitorar o processo de maturação do coto	
	Monitorar os sinais de infecção, a presença de sangramento, o aspecto e a cor da pele ao redor	
	Orientar a manter o coto umbilical sempre seco	
	Orientar a importância de evitar o contato de urina e fezes no coto umbilical	
	Realizar limpeza com álcool a 70%	
	Realizar limpeza diluída com água e sabão neutro	
	Verificar o clamp	
	Colocar fralda abaixo do coto umbilical	
Crescimento e Desenvolvimento do Recém-Nascido	Realizar exame físico	
	Monitorar e registrar os sinais vitais	
	Observar e registrar a higiene corporal	
	Orientar a mãe quanto à importância da higiene corporal	
	Orientar a família sobre o desenvolvimento do bebê	
	Verificar peso	
	Lavar e remover secreções oculares diariamente com água fisiológica ou SF a 0,9%	
	Observar e registrar a coloração da pele	
	Registrar as alterações na coloração da pele. Especificar:	
	Avaliar resposta do recém-nascido à medicação analgésica	
Dor Aguda Localização:	Encorajar a presença da família do recém-nascido durante momento de dor	
	Monitorar sinais vitais e comportamento do recém-nascido	
	Posicionar adequadamente o recém-nascido	
	Proporcionar ambiente tranquilo	
	Proporcionar sono e repouso do recém-nascido	
	Realizar cuidados não farmacológicos de alívio da dor	
	Buscar as causas da dor	
Fezes Presente () normal () anormal	Verificar o uso de medicações ou consumo de alimentos que modificam a coloração das fezes	
	Informar o serviço de nutrição sobre o problema do recém-nascido	
	Auscultar ruídos hidroaéreos	
	Solicitar a avaliação de equipe de neonatologia	
Registrar aspectos da eliminação intestinal quanto a cor, odor, consistência, volume e resíduos		