

ALESSANDRA COSTA DE AZEVEDO MAIA

*Conhecimentos e práticas dos profissionais
de saúde sobre o manejo da dor no
período neonatal*



**Recife
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Alessandra Costa de Azevedo Maia

***Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde
Sobre o manejo da dor no período neonatal***

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

Orientadora

Profa. Dra. Sônia Bechara Coutinho

**RECIFE
2009**

Maia, Alessandra Costa de Azevedo

Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre o manejo da dor no período neonatal / Alessandra Costa de Azevedo Maia . – Recife : O Autor, 2009.

92 folhas : il., fig., tab.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde da Criança e do Adolescente, 2009.

Inclui bibliografia, anexos e apêndices.

1. Dor – Terapia Intensiva Neonatal. I. Título.

612.648
612.652

CDU (2.ed.)
CDD (22.ed.)

UFPE
CCS2009-112

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
REITOR**

Prof. Dr. Amaro Henrique Pessoa Lins

VICE-REITOR

Prof. Dr. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

PRÓ-REITOR DA PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETOR

Prof. Dr. José Thadeu Pinheiro

COORDENADOR DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS

Profª. Dra. Célia Maria Machado Barbosa de Castro

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO**

COLEGIADO

Profª. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva (Coordenadora)

Profª. Dra. Luciane Soares de Lima (Vice-Cordenadora)

Profª. Dra. Marília de Carvalho Lima

Profª. Dra. Sônia Bechara Coutinho

Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira

Profª. Dra. Mônica Maria Osório de Cerqueira

Prof. Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho

Profª. Dra. Sílvia Wanick Sarinho

Profª. Dra. Maria Clara Albuquerque

Profª. Dra. Sophie Helena Eickmann

Profª. Dra. Ana Cláudia Vasconcelos Martins de Souza Lima

Profª. Dra. Maria Eugênia Farias Almeida Motta

Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz

Profª. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Profª. Dra. Sílvia Regina Jamelli

Profª. Dra. Cleide Maria Pontes

Adriana Azoubel Antunes (Representante Discente – Doutorado)

Thaysa Maria Gama Albuquerque Leão de Menezes (Representante Discente – Mestrado)

SECRETARIA

Paulo Sergio Oliveira do Nascimento

Juliane Gomes Brasileiro

Clarissa Soares Nascimento



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

Título:

**CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE SOBRE O MANEJO DA DOR NO PERÍODO NEONATAL**

Nome:

ALESSANDRA COSTA DE AZEVEDO MAIA

Dissertação aprovada em: **09 / 06 / 2009**

Membros da Banca Examinadora:


Profª. Drª. Marília de Carvalho Lima


Profª. Drª. Maria Júlia Gonçalves de Melo


Profª. Drª. Ruth Guinsburg

Dedicatória

Aos meus pais, Vamberto e Josane, pelo amor, apoio e pelos ensinamentos de valores e princípios que formaram os alicerces da minha existência.

Ao meu marido, Fábio, que me acompanha desde a juventude, por todo amor, compreensão e pelo incentivo em todos os momentos, principalmente, na concretização desse sonho.

Ao meu filho, Lucas, gerado ao longo dessa trajetória, que me fez conhecer o amor incondicional e descobrir a maior felicidade da vida- ser mãe.

Agradecimentos

A DEUS, princípio de tudo, por iluminar meu caminho e dar forças para seguir em frente.

Ao meu irmão, Vamberto Maia Filho, pelo amor mais que fraternal e apoio sempre presente, apesar da distância.

Aos meus familiares, pelo carinho, incentivo e amor, imprescindíveis para a minha vida.

Aos amigos de todas as épocas e de todos os momentos, impossível de listar individualmente, mas inesquecíveis e vitais.

À Prof^a. Dr^a. Sônia Bechara Coutinho, pelo seu carinho maternal, verdadeira mãe-acadêmica, pela sua dedicação e sensibilidade ao longo desta jornada.

À companheira de pesquisa Carmem Aymar, pela contribuição no desenvolvimento de todas as etapas deste trabalho, pelo carinho e solicitude.

À companheira de pesquisa Aracy Bibiano, pela participação na coleta e elaboração do banco de dados.

Ao Prof. Natal e Prof^a. Cristina, pela contribuição na análise estatística deste trabalho.

Às professoras Dr^a. Sophie Eickmann, Dr^a. Jucille Meneses, Dra. Marília de Carvalho Lima, pelo apoio e disponibilidade e pela transmissão de conhecimento e opiniões que contribuíram para o enriquecimento do estudo.

Às professoras Dra. Loudes Perez Teixeira e Dra. Marília de Carvalho Lima, pelo incentivo e confiança, grandes responsáveis em despertar em mim o gosto pela pesquisa quando ainda era acadêmica.

A Dr. José Henrique Moura, pela atenção e competência, grande incentivador na minha escolha da neonatologia como especialidade.

Aos docentes e funcionários da Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco, pela competência, atenção e por terem contribuído para minha formação.

Aos amigos do mestrado, pelo companheirismo, apoio e todos os momentos inesquecíveis que passamos juntos.

Aos colegas de profissão, pela paciência e compreensão dos meus períodos de ausência.

Às amigas: Ana Carla, Adriana, Letícia, Gisele e Renata, pelo companheirismo e amizade, com vocês vivenciei o sentido da palavra grupo.

Às Instituições participantes desta pesquisa, representadas por suas chefias, que permitiram a realização desse trabalho.

E a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para esta dissertação tornar-se realidade, o meu agradecimento.



***“O homem é um aprendiz,
a dor é a sua mestra,
/ E ninguém se conhece
enquanto não sofreu”.***

Alfred de Musset

Resumo

Introdução: Apesar do maior conhecimento sobre dor, os recém-nascidos continuam a ser expostos a procedimentos invasivos, sem a utilização de analgesia, nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Os médicos, em sua maioria, são incapazes de avaliar e tratar a dor do neonato, devido à não incorporação do saber às ações médicas. As atitudes dos neonatologistas, muitas vezes, não refletem as atuais evidências estabelecidas sobre dor nesta faixa etária. **Objetivos:** 1- Revisar a literatura para avaliar as variáveis que podem influenciar as ações e atitudes dos profissionais, na sua prática clínica. 2- Comparar as práticas referidas e utilizadas pelos médicos no manejo da dor nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Métodos:** Para a abordagem do tema, foi revista a literatura relacionada, através das bases de dados MEDLINE, SciElo e LILACS no período de 1995-2008. Utilizados os descritores “Dor”, “Terapia Intensiva Neonatal” e “Profissional de Saúde”. Para o artigo original foi realizado um estudo descritivo, transversal, com componente analítico, através de questionários aplicados aos médicos, diaristas e/ou plantonistas, no período de janeiro a maio de 2007. Com a finalidade de comparar as informações fornecidas pelos profissionais com a prática médica na rotina dos serviços, foram utilizados dados de uma pesquisa realizada seis meses antes, nos mesmos serviços, intitulada: “Manejo da dor e uso de analgesia sistêmica em neonatologia”. As duas etapas ocorreram em períodos diferentes para diminuir a influência do interrogatório nas condutas dos entrevistados. **Resultados:** Vários estudos demonstram que o profissional de saúde mostra-se, quase sempre, incapaz de identificar e tratar a dor do recém-nascido. Os obstáculos para um manejo adequado da dor no neonato são multifatoriais, entre os quais: o conhecimento e treinamento insuficientes dos profissionais, a falta de normatização sistemática e fatores subjetivos, como influências pessoais ou experiências profissionais prévias. No presente estudo, as práticas referidas quanto ao uso de analgésicos foram maiores do que as realmente utilizadas para o tratamento do recém-nato nas situações dolorosas, como: enterocolite ($p < 0,02$), pós-operatório ($p < 0,01$), intubação oro-traqueal ($p < 0,01$) e ventilação mecânica ($p < 0,01$). Diferença semelhante foi observada para o uso dos fármacos: opioides, benzodiazepínicos e associação, dados estatisticamente significantes. A pesquisa demonstrou também que, apesar de todos os profissionais referirem que o recém-nascido sente dor, a maior parte desconhece os aspectos clínicos e farmacológicos relativos à administração de analgésicos, no período neonatal. **Conclusão:** Os médicos avaliados, neste estudo, sabem que o recém-nascido sente dor, porém demonstram desconhecimento quanto a alguns aspectos clínicos e farmacológicos importantes para o manejo adequado da dor no neonato. Apesar dos avanços no manuseio da dor, os neonatologistas não os incorporam em suas práticas de rotina. Para diminuir tamanho distanciamento entre o conhecimento e a prática, é necessária a sensibilização dos profissionais quanto à importância da minimização dos fenômenos dolorosos neste período de vida. Torna-se necessário o treinamento e a capacitação dos profissionais de saúde quanto ao manejo da dor e implantação de normas e protocolos nos serviços estudados, com a finalidade de modificar as práticas de rotina, esperando fornecer subsídios na busca de uma assistência mais humanizada ao neonato.

Palavras-chave: Dor, Terapia Intensiva Neonatal, Profissional de Saúde.

Abstract

Introduction: Despite greater knowledge regarding pain, newborns continue to be exposed to invasive procedures without the use of analgesics in neonatal intensive care units. Most physicians are incapable of assessing and treating pain in newborns due to a failure to incorporate current knowledge into their medical routine. The attitudes of neonatologists often do not reflect current evidence regarding pain in this age group. **Objectives:** 1- Perform a literature review to assess variables that influence the actions and attitudes of healthcare professionals in clinical practice; 2- Compare the practices reported to those used by physicians regarding pain management in neonatal intensive care units. **Methods:** A literature review was carried out on the topic using the MEDLINE, SciElo and LILACS databases for studies published between 1995 and 2008, employing the descriptors “Pain”, “Neonatal Intensive Care” and “Healthcare Professionals”. For the original article, a descriptive, cross-sectional study was carried out, with an analytical component, through questionnaires applied for the physicians, casual workers and / or persons on duty, in the period of January the May of 2007. In order to compare the information provided by physicians with the routine medical practice of the services, there were used data of a study inquiry six months before, in the same services, entitled “Pain management and the systematic use of analgesics in neonatology”. Two stages took place in different periods to lessen it influences of the interrogation on the conducts of the interviewed ones. **Results:** A number of studies demonstrate that healthcare professionals are nearly always incapable of identifying and treating pain in newborns. There are multiple obstacles to the adequate management of neonatal pain, including insufficient knowledge and training, a lack of systematic norms and subjective factors such as personal influences or previous professional experience. In the original study, the reported use of analgesics was greater than that actually used for the treatment of newborns in situations of pain such as enterocolitis ($p<0.02$), postoperative period ($p<0.01$), oro-tracheal intubation ($p<0.01$) and mechanical ventilation ($p<0.01$). Statistically significant differences were also found for the use of opioids, benzodiazepines and the association of these drugs. The study also demonstrated that, although all the healthcare professionals report that newborns feel pain, there was a lack of knowledge on the part of the interviewees regarding the clinical and pharmacological aspects of analgesics in the neonatal period. **Conclusion:** The physicians evaluated in the present study know that newborns feel pain, but demonstrate a lack of knowledge regarding important clinical and pharmacological aspects for adequate pain management in newborns. Despite advances in pain management, neonatologists have not yet incorporated such advances into their routine practice. In order to reduce the distance between knowledge and practice, awareness on the part of healthcare professionals is needed with regard to the importance of minimizing pain in this period of life. Thus, training is needed for these healthcare professionals regarding pain management, along with the implantation of norms and protocols in the services studied in order to improve routine practices and provide assistance in the quest for more humanized neonatal care.

Keywords: Pain, Neonatal Intensive Care, Healthcare Professional

Lista de Figuras e Tabelas

Artigo de Revisão

Figura 1	Modelo conceitual dos obstáculos ao manejo adequado da dor, no período neonatal, pelos profissionais de saúde	26
-----------------	---	----

Artigo Original

Tabela 1	Características pessoais e profissionais dos 116 neonatologistas entrevistados	53
Tabela 2	Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido referidos pelos 116 neonatologistas	54
Tabela 3	Caracterização da população estudada nas Unidades de terapia Intensiva Neonatal segundo a utilização de analgésicos sistêmicos	55
Tabela 4	Comparação entre as práticas referidas, pelos neonatologistas, quanto ao tipo de droga para tratamento das situações dolorosas e as verificadas nos prontuários médicos nas rotinas dos serviços estudados	55
Tabela 5	Comparação entre as práticas referidas, pelos neonatologistas, quanto à utilização de analgesia e as verificadas nos prontuários médicos nas rotinas dos serviços estudados	56

Lista de abreviaturas

DT	– Drenagem torácica
ECN	– Enterocolite necrosante
IOT	– Intubação oro-traqueal
SES	– Secretaria de Estado da Saúde /PE
SIM	– Sistema de Informações de Mortalidade
SINASC	– Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SUS	– Sistema Único de Saúde
TEP	– Taquipnéia transitória do recém-nascido
TEN	– Título de Especialista em Neonatologia
TETIP	– Título de Especialista em Terapia Intensiva Pediátrica
UFPE	– Universidade Federal de Pernambuco
UTI	– Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	– Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTIP	– Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
VMA	– Ventilação Mecânica Assistida

Sumário

RESUMO	8
ABSTRACT	9
LISTA DE TABELAS	10
LISTA DE ABREVIATURAS	11
1 - APRESENTAÇÃO	14
1.1 Referências	18
2 – ARTIGO DE REVISÃO DA LITERATURA	20
<i>Fatores que influenciam a prática do profissional de saúde no manejo da dor do recém-nascido</i>	
Página de rosto	21
Resumo	22
Abstract	23
Introdução	24
Expressão da dor do neonato	26
Experiência do profissional em lidar com a dor	28
Engajamento da Instituição	33
Conclusões	36
Referências	37
3 – ARTIGO ORIGINAL	43
<i>Práticas referidas e realizadas pelos médicos no manejo da dor em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal no Nordeste do Brasil</i>	
Página de rosto	44
Resumo	45
Abstract	46
Introdução	47
Método	48
Resultados	52
Discussão	57
Conclusões	63
Referências	64

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
5 - APÊNDICE	71
Apêndice A - Questionário de avaliação dos profissionais	72
Apêndice B - Formulário de pesquisa	77
6 - ANEXO	81
ANEXO A - Instruções aos autores para submissão à Revista Paulista de Pediatria	82
ANEXO B - Instruções aos autores para submissão à Swiss Medical Weekly	91
ANEXO C - Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Hospital Agamenon Magalhães	95
ANEXO D - Folha de Rosto do projeto de pesquisa	96



“A dor que não fala, geme no coração até que o parte”.

William Shakespeare

1 - APRESENTAÇÃO



Apresentação

Pensar sobre a dor tem sido o objetivo de vários profissionais, não apenas dos que trabalham na área de saúde: teólogos, psicólogos e filósofos, entre outros, buscam compreendê-la, na tentativa de dar um significado à nossa existência (SILVA et al., 2006). Principalmente no período neonatal, é crescente a atenção voltada para o estudo da dor e as suas conseqüências advindas dos múltiplos eventos estressantes a que são submetidos os recém-nascidos durante a hospitalização (HALL; ANAND; DPHIL, 2005; GRAY et al., 2006).

Embora o alívio da dor seja um direito do recém-nascido, de acordo com a Resolução dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado, “o direito a não sentir dor quando existam meios para evitá-la”, sabe-se que esse direito ainda não é assegurado e que a analgesia ainda não é uma prática de rotina em muitas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), no Brasil e no mundo (BRASIL, 1995; GRAY et al., 2006; HENNING; GOMES; GIANINI, 2006; PRESTES et al., 2005).

Apesar da preocupação inicial de que as experiências dolorosas são fenômenos que estão cada vez mais presentes nos cuidados neonatais, o manejo da dor pela equipe de saúde que lida com esses seres tão fragilizados ainda é inadequada (GRAY et al., 2006; PORTER et al., 1997). Preocupa, principalmente, pelo fato de que um dos princípios éticos do

profissionalismo na pediatria aborda a habilidade do médico no entendimento da dor, desconforto e ansiedade da criança (BIOETHICS COMMITTEE, 2007).

O neonatologista tem uma grande dificuldade de avaliar, identificar e tratar a dor dos recém-nascidos incapazes de verbalizar suas sensações e sentimentos (CHERMONT et al., 2003; BERGQVIST et al., 2007). Os obstáculos para um manejo adequado da dor no neonato são multifatoriais e dependem, também, de como os profissionais utilizam seus conhecimentos, crenças e atitudes no atendimento de rotina de seus pacientes (CASTRO et al., 2003; HOBARA, 2005; NAYAK et al., 2000). Por isso, vários estudos têm observado uma lacuna entre o conhecimento científico e a prática clínica diária (CHERMONT et al., 2003; GRAY et al., 2006; SIMONS et al., 2003).

No Brasil, existem poucas pesquisas sobre o uso de analgesia nas UTIN, bem como uma deficiência do ensino médico sobre o assunto na grade curricular. Muitas vezes, há falhas durante a formação acadêmica, período em que os profissionais deveriam ser capacitados para prevenir e tratar a dor dos recém-nascidos (GAÍVA; DIAS, 2002).

Durante a minha formação acadêmica, como residente em neonatologia, inquietava-me a pouca utilização dos métodos de avaliação da dor e de medidas de prevenção e tratamento adequado dos fenômenos dolorosos. Apesar de existirem normatizações escritas para o controle da dor, nos serviços de atendimento ao neonato, estas interferiam pouco nas ações de rotina. Havia um distanciamento entre o “dizer” e o “fazer”, ou seja, na forma como o profissional lidava com a dor, tendo preocupação apenas com a minimização dos procedimentos dolorosos, sem o entendimento e a percepção da sensibilidade individual do recém-nascido de risco.

Esta situação motivou o interesse em realizar esta dissertação, para responder o questionamento quanto ao grau de conhecimento dos médicos sobre a dor e seu manejo e quais as práticas referidas e utilizadas na rotina das UTIN na cidade do Recife.

A pesquisa faz parte de um projeto maior com enfoque no estudo da dor no período neonatal e está relacionada à linha de pesquisa “Epidemiologia da morbimortalidade do feto e do recém-nascido”.

A primeira etapa do projeto sobre dor no período neonatal constituiu-se em uma dissertação de Mestrado desta Pós-Graduação, defendida no ano de 2008, intitulada: “Manejo da dor e uso de analgesia sistêmica em neonatologia”, que procurou avaliar as rotinas utilizadas através da análise de informações sobre avaliação e tratamento da dor contidas nos prontuários de recém-nascidos internados em sete UTIN da cidade do Recife (AYMAR, 2008). O presente estudo é a segunda etapa deste projeto e buscou identificar o perfil dos profissionais que trabalham nas mesmas unidades dos serviços avaliados anteriormente e avaliar o manejo da dor, procurando quantificar o distanciamento entre o conhecimento e a rotina médica.

Esta dissertação é composta por dois artigos: um de revisão da literatura, intitulado “*Fatores que influenciam a prática do profissional de saúde no manejo da dor do recém-nascido*”, que discute as variáveis que podem influenciar ou interferir nas ações e atitudes dos profissionais na sua prática clínica, com a abordagem do tema através das bases de dados MEDLINE, SciElo e LILACS e um artigo original intitulado: “*Práticas referidas e realizadas pelos médicos no manejo da dor em unidades de terapia intensiva neonatal no Recife-Brasil*”, cujo objetivo principal foi verificar o perfil e o conhecimento do médico sobre a dor, o uso de analgesia sistêmica, além de comparar as práticas referidas pelos mesmos às realizadas nas rotinas das UTINs. Estes artigos deverão ser encaminhados para publicação na Revista Paulista de Pediatria e na revista Swiss Medical Weekly respectivamente, cujas normas encontram-se nos anexos A e B.

Ao final, são apresentadas as considerações finais da dissertação para o enfrentamento do problema.

1.1 Referências

AYMAR, C. L. G. **Manejo da dor e uso de analgesia sistêmica em neonatologia**. 2008. 74 f. Dissertação (Mestrado em Pediatria)- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

BERGQVIST, L.L., et al. Seeing through the blind! Ability of hospital staff to differentiate morphine from placebo, in neonates at a placebo controlled trial. **Acta Paediatrica**, v. 96, p.1004-1007, 2007.

BIOETHICS COMMITTEE. Professionalism in pediatrics: statement of principles. **Pediatrics**, Evanston, v.120, n.4, p. 895-897, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução Conanda n. 41, de 13/10/95- Direitos da criança e do adolescente hospitalizados. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção I, p. 16319-16320, 17 out. 1995.

CASTRO, M.C.F.Z., et al. Perfil da indicação de analgésicos opióides em recém-nascidos em ventilação pulmonar mecânica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.79, n.1, p. 41-48, 2003.

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

GAÍVA, M.A.M.; DIAS, N.S. Dor no recém-nascido: percepção de profissionais de saúde de um hospital universitário. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 234-239, set./dez. 2002.

GRAY, P.H., et al. Pain relief for neonates in Australian hospitals: a need to improve evidence-based practice. **Journal of Paediatrics and Child Health**, Sydney, v. 42, p. 10-13, 2006.

HALL, R.W.; ANAND, K.J.S.; DPHIL, M.B.B.S. Short- and long-term impact of neonatal pain and stress: more than an ouchie. **Neoreviews**, v. 4, n. 2, p. 69-75, 2005.

HENNING, M.A.S.; GOMES, M.A.S.M.; GIANINI, N.O.M. Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a "atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método canguru". **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 4, p. 427-435, out./dez. 2006.

HOBARA, M. Beliefs about appropriate pain behavior: cross cultural and sex differences between Japanese and Euro-Americans. **European Journal of Pain**, v. 9, p. 389-393, 2005.

NAYAK, S., et al. Culture and gender effects in pain beliefs and the prediction of pain tolerance. **Cross Cultural Research**, v. 34, p. 135-151, 2000.

PORTER, F.L., et al. Pain and pain management in newborn infants: a survey of physicians and nurses. **Pediatrics**, v.100, n. 4, p. 626-637, oct./nov. 1997.

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

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

SIMONS, S.H., et al. Do we still hurt newborn babies? A prospective study of procedural pain and analgesia in neonates. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**, Chicago, v. 157, p. 1058-1064, nov./dec. 2003.



**“Toda a ciência provém da dor.
A dor procura sempre a causa das coisas,
enquanto o bem-estar se inclina
a estar quieto e a não olhar para trás”.**

Stefan Zweig

2 - ARTIGO DE REVISÃO

Fatores que influenciam a prática do profissional de saúde no manejo da dor do recém-nascido¹

FACTORS THAT INFLUENCE THE PRACTICE OF HEALTHCARE PROFESSIONALS REGARDING PAIN MANAGEMENT IN NEWBORNS

Alessandra Costa de Azevedo Maia¹, Sônia Bechara Coutinho²

1. Preceptora do Ambulatório de Pediatria do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira- IMIP. Professora da Escola Pernambucana de Medicina do IMIP. Mestranda do Programa de Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

2. Professora do Departamento Materno-Infantil e da Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco. Doutora em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco.

Endereço para correspondência:

Dra. Sônia Bechara Coutinho
Avenida Beira Mar, 1294/601.
Piedade, Jaboatão dos Guararapes/PE.
CEP: 54410-000
Fone: (81) 33614708 Fax: (81) 21268514
E-mail: soniabecharacoutinho@hotmail.com

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco

Declaração de conflitos de interesses: nada a declarar

Fonte financiadora: não houve

Número total de palavras: Texto (3420), Resumo (247), Abstract (230)

Número de referências: 55 Número de figuras: 1

¹ Artigo formatado de acordo com as normas da Revista Paulista de Pediatria- Anexo A

RESUMO

Objetivos: Apresentar revisão atualizada sobre as principais variáveis que podem influenciar as ações e atitudes dos profissionais de saúde na sua prática clínica e interferir no manejo adequado da dor no período neonatal.

Fontes de dados: Pesquisa bibliográfica, nas bases de dados MEDLINE, SciElo e LILACS, com publicações entre 1995-2008, selecionando artigos escritos em inglês e português. Foram utilizados os seguintes descritores: “Dor”, “Terapia Intensiva Neonatal” e “Profissional de Saúde”.

Síntese dos dados: Todos os estudos demonstraram que o manejo da dor, no neonato, pelos profissionais de saúde, é inadequado. Esta prática pode estar relacionada aos seguintes fatores: conhecimento e treinamento insuficiente quanto à fisiopatologia da dor; não utilização de métodos de avaliação; falta de normatização sistemática ou protocolos e falha na comunicação e incorporação da teoria por parte da equipe multiprofissional. São acrescentados ainda os fatores subjetivos, como influências pessoais e experiências profissionais, que podem interferir na avaliação e tratamento da dor na criança.

Conclusões: Apesar dos avanços no manuseio da dor no recém-nascido, os profissionais de saúde ainda têm dificuldade em lidar com a dor no período neonatal. Os obstáculos para um manejo adequado da dor são multifatoriais e conhecer as atitudes e crenças das equipes de saúde que trabalham com neonatos é muito importante pela influência desses fatores sobre a avaliação e tratamento da dor na criança. Há necessidade de investimentos no preparo, formação e sensibilização dos profissionais acerca do controle da dor, com o intuito de proporcionar um cuidado mais humanizado ao neonato.

Palavras-chave: Dor; Terapia Intensiva Neonatal; Profissional de Saúde

ABSTRACT

Objectives: Present an updated literature review on the main variables that influence the actions and attitudes of healthcare professionals in clinical practice and affect adequate pain management in the neonatal period.

Data sources: A bibliographic search of the MedLine, SciElo and LILACS databases for articles published in English and Portuguese between 1995 and 2008, using the descriptors “pain”, “neonatal intensive care” and “healthcare professional”.

Summary of data: All the studies demonstrated that pain management by healthcare professionals in newborns is inadequate. This may be related to insufficient knowledge and training regarding the physiopathology of pain, the non-use of evaluation methods, a lack of systematic norms and protocols, and failures in communication and the incorporation of the theory on the part of the multi-professional team. Moreover, there are subjective factors such as personal influences and professional experience that may affect the evaluation and treatment of pain in newborns.

Conclusions: Despite advances regarding pain management in newborns, healthcare professionals still have difficulties dealing with pain in the neonatal period. There are multiple obstacles to adequate pain management. Understanding the attitudes and beliefs of healthcare teams that work with newborns is very important due to the influence of these factors on the assessment and treatment of pain. There is a need for investments in the preparation, training and awareness of healthcare professionals regarding controlling pain in order to provide more humanized neonatal care.

Keywords: Pain, Neonatal Intensive Care, Healthcare Professional

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, avanços importantes foram obtidos no entendimento da nocicepção em recém-nascidos. Desde 1970, estudos têm demonstrado a existência de substrato neuroquímico necessário para a recepção e transmissão do estímulo doloroso da dor em crianças e recém-nascidos^(1,2). Apesar disso, a dor no neonato não tem merecido a atenção devida nos serviços de saúde³.

Os estímulos nocivos resultam em conseqüências negativas sob a forma de aumento na mortalidade, seqüelas no desenvolvimento neurológico e somatização anormal às respostas dolorosas em outra fase da vida^(4,5). O comportamento e percepção à dor em longo prazo são alterados diante da dor persistente e de caráter repetitivo⁽⁶⁾. Como conseqüência, a diminuição de eventos álgicos ou estressantes pode levar a melhores resultados médicos e no neurodesenvolvimento do neonato^(2,7). Estudos têm demonstrado que apesar do crescente conhecimento sobre a dor e o avanço no seu tratamento, o uso de analgesia de rotina, no período neonatal, para procedimentos dolorosos, ainda é inadequada⁽⁸⁻¹¹⁾. O uso restrito de fármacos pelos neonatologistas pode ser justificado pela falta de opções terapêuticas seguras e efetivas, com evidências suficientes que justifiquem a utilização de forma prolongada^(12,13). Alguns artigos observaram que o médico e enfermeiro mostram-se, quase sempre, incapazes de identificar e tratar a dor do recém-nascido^(3,14,15).

A dificuldade para a avaliação e mensuração da dor no lactente pré-verbal constitui-se em um dos maiores obstáculos ao tratamento adequado da dor nas UTIN(Unidades de Terapia Intensiva Neonatal)⁽¹⁶⁾. O objetivo da avaliação da dor deve ser o de proporcionar dados acurados, para determinar quais ações devem ser adotadas para aliviá-la ou aboli-la, e ao mesmo tempo, avaliar a eficácia dessas ações⁽¹⁷⁾. No entanto, a maioria das escalas de dor estudam o comportamento das crianças em situações de dor aguda, por meio de instrumentos

de medida unidimensionais, como a expressão de manifestações fisiológicas e comportamentais, mais facilmente observáveis quando comparada a dor crônica⁽¹⁸⁾.

O profissional de saúde, que trabalha na UTIN, deve estar atento às alterações comportamentais e fisiológicas que acompanham o episódio doloroso, além de saber utilizar instrumentos de avaliação e mensuração da dor⁽¹⁹⁾. A disponibilidade de métodos adequados para avaliação da experiência dolorosa é primordial para o tratamento e alívio da dor⁽²⁰⁾. Entretanto, os indicadores observáveis da dor podem ser mínimos ou ausentes, o que exige dos profissionais adequarem a forma e o conteúdo da prática de avaliação da dor, no sentido de maior sensibilização para tender as necessidades dos cuidados dos recém-nascidos⁽²¹⁾.

As dificuldades para o tratamento adequado da dor não residem somente na falta de opções diagnósticas e terapêuticas, mas sim, em como os profissionais da área de saúde se utilizam dos conhecimentos científicos em sua prática diária^(22,23). Observa-se uma lacuna entre o conhecimento e a conduta clínica da equipe de saúde que pode dever-se a falhas na incorporação da teoria na prática diária até a fatores inerentes ao neonato, aspectos pessoais, emocionais e habilidade de trabalhar com equipe inter-disciplinar^(14,16,23-28).

Os obstáculos para um manejo adequado da dor no neonato são multifatoriais e devem ser analisados como um processo dinâmico e interativo entre a criança e seu cuidador, conforme estabelecido no modelo sócio comunicativo da dor na infância⁽²⁹⁾. Com base nesta estruturação, foi idealizado o modelo conceitual do manejo adequado da dor pelo profissional de saúde, tendo como principais pontos que se interrelacionam o trinômio: expressão da dor do recém-nascido, experiência pessoal e profissional em lidar com a dor e engajamento da instituição, conforme demonstrado na figura 1.



Figura1: Modelo conceitual do manejo adequado da dor, no período neonatal, pelos profissionais de saúde

Desta forma, a finalidade deste artigo de revisão foi discutir sobre as variáveis que podem influenciar ou interferir nas ações e atitudes dos profissionais na sua prática clínica. Para abordagem do tema foi revista a literatura relacionada, utilizando as bases de dados MEDLINE, SciElo e LILACS, no período de 1995-2008, com artigos escritos em inglês e português. Foram selecionados os descritores: “Dor”, “Terapia Intensiva Neonatal” e “Profissional de Saúde”. Foram avaliados todos os artigos obtidos, sem seleção pelo desenho.

EXPRESSÃO DA DOR DO NEONATO

• CARACTERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO

Fatores inerentes ao paciente, como idade gestacional, sexo, raça, aparência física, presença de dano tecidual e gravidade do diagnóstico podem alterar a inferência da presença e magnitude de dor, pelo observador^(26,30-33). Em relação ao aspecto físico e à maturidade do neonato, pesquisas evidenciam que os recém-nascidos de maior peso e com idade gestacional

mais elevada recebem analgesia com mais frequência^(22,34). Na literatura, porém, já está estabelecido que neonatos prematuros são altamente sensíveis à dor, comparados às crianças mais velhas, e necessitam de maiores doses relativas de anestésicos e analgésicos para o controle adequado da dor^(5,35).

Outros estudos demonstram que o observador reconhece melhor a presença e intensidade do fenômeno doloroso na criança do sexo feminino^(30,32,33,36). Além disso, pacientes debilitados e sem boa aparência física podem induzir o profissional a diagnosticar a presença e intensidade da dor mais frequentemente⁽³⁶⁾.

- *DIFICULDADE DO PROFISSIONAL NA AVALIAÇÃO DA DOR DO RECÉM-NASCIDO*

No processo clínico de tomada de decisões, no qual o objetivo é o alívio da dor, o primeiro passo é uma ampla e adequada avaliação da experiência dolorosa⁽²⁰⁾. Contudo, no período neonatal, por envolver infantes naturalmente vulneráveis e dependentes dos seus cuidadores, o processo doloroso está intrinsecamente relacionado às condutas dos profissionais de saúde e constitui um dos maiores obstáculos ao tratamento adequado da dor, pela equipe de saúde, nas UTIN^(16,38).

Para lograr objetividade, foram desenvolvidas várias escalas para avaliação da dor. Essas escalas, porém, ainda não foram implementadas na prática clínica da maioria das UTIN^(14,22,34). Pesquisadores demonstram preocupação ao observar que médicos e enfermeiras não as têm utilizado nas rotinas dos serviços^(8,22,23). Estudo realizado, em 2006, com enfermeiras que trabalham com recém-nascidos de risco internados em unidades neonatais, observou que apenas um quarto das mesmas referiram ter conhecimento sobre algum tipo de escala para avaliação da dor em neonatos⁽³⁹⁾. Da mesma forma, Bergqvist et al., em estudo publicado em 2007, concluíram que os neonatologistas possuem dificuldades em avaliar a presença e a intensidade da dor nesses pacientes⁽⁴⁰⁾.

Algumas das justificativas para tal dificuldade são: falta de treinamento dos profissionais, necessidade de escalas que avaliem a dor do recém-nascido de diferentes idades gestacionais, especialmente os prematuros extremos, e inexistência de uma escala considerada o padrão ouro para a mensuração da dor no recém-nato^(19,21).

EXPERIÊNCIA DO PROFISSIONAL EM LIDAR COM A DOR

● FATORES RELACIONADOS AO PERFIL E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL DO AVALIADOR

Múltiplos fatores, como idade, sexo, raça, religião, estado civil, nível socioeconômico e tradições culturais, podem influenciar a avaliação da dor neonatal pelos profissionais de saúde^(18,31,35,36). A influência da idade do avaliador na percepção do fenômeno doloroso do neonato é um tema controverso⁽³⁶⁾. Porter et al.⁽³⁵⁾, ao avaliarem a equipe médica e de enfermagem, observam que os médicos mais velhos ou que trabalhavam em enfermarias de maior complexidade relataram maior uso de agentes farmacológicos.

Quanto ao gênero do avaliador, estudos clínicos e laboratoriais têm demonstrado sua influência na percepção da dor, sendo o feminino o que tem maior sensibilidade para o estímulo doloroso. Este é influenciado por variáveis psicológicas e nos casos das mulheres, parece estar relacionado com critérios mais brandos para a avaliação da dor⁽³¹⁾. Como consequência, já foram relatadas divergências quanto ao gênero feminino e masculino no tratamento clínico da dor considerando que os profissionais do gênero feminino avaliam a dor com mais intensidade⁽³²⁾.

A forma de avaliar a resposta à dor pode ser influenciada pelas diferenças culturais e raciais dos observadores^(36,41). Dois estudos que utilizaram um mesmo questionário para avaliar o nível de aceitação social diante de várias maneiras de expressar a dor em grupos

étnicos diferentes demonstraram que os estudantes indianos e japoneses aceitavam menos as expressões públicas de dor, quando comparados aos americanos^(31,41). Estes resultados podem ser explicados pelo estoicismo e conformismo religioso de uma sociedade etnicamente homogênea, educada para se resignar e esconder suas dores e emoções, em oposição à cultura euro-americana pluralista, permissiva e liberal, que enfatiza a expressão dos seus sentimentos. Além disso, a administração de analgésicos pode ser influenciada por preconceitos sociais, como demonstrado em pesquisa americana que observou menor prescrição de tratamento específico, pelos médicos da emergência, aos pacientes de origem hispânica⁽⁴²⁾. Por esta razão, a equipe de saúde precisa estar atenta quanto ao viés cultural e de gênero, para não haver influência na decisão do tratamento⁽³¹⁾.

Pesquisa que entrevistou profissionais de saúde e pais de recém-nascidos que trabalham em outras áreas de atuação, realizada com o objetivo de avaliar o reconhecimento de expressões de dor em neonatos verificou que as melhores avaliações estavam associadas a algumas características dos entrevistados, como: união estável, ter mais de duas crianças e não ser profissional da área de saúde⁽³⁶⁾.

A relação de tempo de experiência em neonatologia com a melhora do manejo da dor ainda é um assunto controverso^(23,35,39). Porém, para a maioria dos pesquisadores, os especialistas avaliam com mais dificuldade os procedimentos dolorosos, quando comparados aos generalistas. A maior bagagem educacional, a experiência profissional mais especializada e duradoura, além do convívio mais próximo com a dor de pacientes podem dificultar a percepção da dor no recém-nascido^(14,30). Apesar do conhecimento e da experiência clínica, os especialistas não as transferem para a prática⁽²⁶⁾. Os profissionais que realizam procedimentos invasivos de modo rotineiro diminuem a sua sensibilidade por meio de uma reestruturação cognitiva, tornando-se mais céticos em relação às respostas subjetivas de dor exibidas pelas crianças. Os resultados, então, podem refletir uma insensibilidade ao fenômeno clínico

associado à dor neonatal ou pode resultar de uma avaliação baseada na “doença” e não no “doente”⁽⁴⁰⁾.

- **INFLUÊNCIA DE EXPERIÊNCIAS PESSOAIS PRÉVIAS**

A percepção de dor por profissionais de saúde, que subsequentemente tomam a decisão sobre como tratá-la, não é um processo simples e pode ser influenciada por uma série de fatores relacionados às características dos próprios observadores como experiência prévia pessoal ou familiar com a dor^(28,30,31,36).

Estudo brasileiro realizado com enfermeiros que atendem crianças internadas em UTI demonstra que a avaliação da dor da criança está entremeada pela sensibilidade, na medida em que o profissional revive a própria experiência dolorosa ou de seu filho. Com esta vivência, passa a valorizar a situação dolorosa do recém-nascido e aumenta, consideravelmente, a administração de analgésicos em situações clínicas⁽⁴³⁾. Estudos semelhantes realizados com médicos que relataram passado cirúrgico ou experiência pessoal com dor classificaram melhor os procedimentos dolorosos, utilizaram mais vezes os agentes farmacológicos e desejavam mais as medidas de alívio da dor não-farmacológicas⁽³²⁾. Robinson e Wise⁽³⁵⁾, analisaram a influência de uma experiência dolorosa prévia dos profissionais sobre como avaliam o fenômeno algico e dividiu a população em dois grupos: com e sem experiência dolorosa prévia. Os autores verificaram que a dor, de uma forma geral, foi subestimada, porém o grupo que posteriormente sofreu a mesma experiência dolorosa dos avaliados mudou a sua percepção do fenômeno algico e apresentou melhorias na classificação da dor⁽³²⁾.

Dessa forma, a percepção da dor do paciente e a motivação para o alívio da mesma são influenciadas pela relação interpessoal médico/paciente, na qual o médico, a partir do sofrimento do paciente, reativa vários sentimentos de sua vida, o que pode interferir no atendimento e na avaliação dos fenômenos dolorosos⁽⁴⁴⁾.

- **DESCONHECIMENTO OU INADEQUAÇÃO DO TRATAMENTO ANTIÁLGICO**

Quando os profissionais são avaliados em conjunto, tanto médicos como enfermeiros acreditam que o uso de agentes farmacológicos e medidas de alívio para a dor deveriam ser usados mais frequentemente ^(35,45,46). Apesar do conhecimento atual de que o prematuro é capaz de sentir dor, medidas ambientais e/ou farmacológicas não são utilizadas com frequência, nas situações dolorosas, em pacientes internados na UTIN^(11,25,35). O temor pode ser justificado pela falta de opções terapêuticas seguras e efetivas que justifiquem a utilização de forma prolongada^(12,13).

A morfina e o fentanil são os opióides mais usados em recém-nascidos, sendo a primeira citada o fármaco de escolha segundo os consensos mundiais para o tratamento da dor nessa população⁽⁴⁷⁾. Porém a indicação da morfina vem sendo criticada nos prematuros extremos e nos pacientes em uso de ventilação mecânica^(12,13). Com relação ao fentanil, é um fármaco muito utilizado na neonatologia devido à sua rápida capacidade de analgesia com estabilidade hemodinâmica⁽⁸⁾. Já o diazepínico, ainda comumente usado nos serviços, é um sedativo que age diminuindo a atividade, ansiedade e a agitação do paciente, porém não possui ação analgésica e deve ser usado de forma criteriosa^(16,47). É importante salientar que as medidas não-farmacológicas são importantes, mas não substituem o tratamento medicamentoso nos casos de dor mais intensa⁽⁴⁸⁾.

A preocupação com superdosagem, dependência e depressão respiratória tem sido citada como razões para os cuidadores relatarem na administração de analgésicos e anestésicos. Conforme estudo com enfermeiras do Reino Unido no qual demonstrou que o manejo inadequado da dor é mais um reflexo do desconhecimento propriamente dito do que de influências de viés ou mitos⁽²⁶⁾. Portanto é necessário que os médicos que realizam procedimentos nos infantes estejam familiarizados com o manejo da dor. Isto inclui

atualização constante sobre os agentes farmacológicos, dose específica para a idade, via de administração apropriada e os possíveis efeitos adversos⁽⁴⁹⁾.

- *DISTANCIAMENTO ENTRE O CONHECIMENTO E A PRÁTICA*

O conhecimento sobre dor no neonato tem avançado consideravelmente nas últimas duas décadas, com um maior entendimento dos mecanismos neurobiológicos da dor, bem como da frequência e natureza dos procedimentos dolorosos nas UTINs⁽⁵⁰⁾. Porém, muitas vezes, as atitudes e práticas dos profissionais, no que concerne ao manejo adequado da dor no período neonatal, não refletem os atuais conhecimentos científicos para a faixa etária^(15,22,23).

Em estudo recente realizado em duas UTINs norueguesas, que descreveu a opinião dos profissionais de saúde sobre procedimentos dolorosos em neonatos, verificou-se que as respostas indicaram diferença significativa entre o tratamento de rotina utilizado e o preconizado como adequado pelas normatizações internacionais. Tanto as medidas de conforto como os agentes farmacológicos foram subutilizados nos serviços estudados⁽⁴⁵⁾.

A maioria das enfermeiras londrinas, quando avaliadas através de questionário, referiu não utilizar escalas de avaliação de dor e grande parte relatou não usar analgésico para procedimentos dolorosos, com exceção de inserção de dreno torácico, circuncisão e intubação endotraqueal. Uma das entrevistadas comentou: “Quando o procedimento ocorre por todo o dia é impraticável oferecer analgesia continuamente”⁽¹⁵⁾.

Em pesquisa realizada no município de Belém, no Estado do Pará, com médicos pediatras que trabalhavam em UTINs e/ou berçários de baixo e médio risco, foi observado que, apesar de todos os médicos referirem que o neonato sente dor e da unanimidade quanto ao reconhecimento da importância do tratamento da dor, mais da metade dos profissionais afirmaram não usar medicação para o tratamento antiálgico no pós-operatório imediato de cirurgia abdominal⁽¹⁴⁾. Situação semelhante foi observada em pesquisa na UTIN do Hospital

São Paulo, em que as escalas para avaliação da dor não foram utilizadas em nenhum paciente, apesar de já serem objeto de investigação científica no serviço⁽²²⁾. Resultado semelhante foi constatado em estudo multicêntrico italiano, realizado no ano de 2005, que observou a utilização de escalas validadas em menos de 20% das UTINs⁽⁸⁾.

Estudo qualitativo com enfermeiros, na cidade de Oslo, evidenciou discordância entre o que foi afirmado na entrevista dos profissionais e as ações na prática de rotina, em relação ao manejo da dor no pós-operatório. Esta situação pode ser devida ao conhecimento inadequado ou insuficiente sobre a definição e o manejo da dor, à não incorporação do procedimento ao plano pessoal e ao seguimento de práticas e hábitos tradicionais sem a vinculação das próprias experiências⁽²⁶⁾. Outro ponto que pode justificar a não utilização da teoria preconizada é a alta rotatividade dos profissionais nas unidades neonatais, como consequência, há necessidade de capacitação continuada da equipe, principalmente dos recém-formados e com menos tempo na área de atuação⁽²⁴⁾.

Pesquisa para verificar os conhecimentos e as práticas sobre atenção humanizada aos recém-nascidos de baixo peso observou que poucos profissionais de saúde relataram o uso de fármacos durante procedimentos sabidamente dolorosos. Desta forma, existe um lapso entre o conhecimento e a conduta clínica, que pode ser devido a falhas na incorporação da teoria a respeito do diagnóstico e tratamento da dor à prática diária dos profissionais de saúde^(14,16,23-27).

ENGAJAMENTO DA INSTITUIÇÃO

- ***FALHA NA COMUNICAÇÃO DA EQUIPE***

A comunicação entre os profissionais de saúde sobre a presença ou ausência da dor no recém-nascido no cotidiano da UTIN deve abranger toda a equipe de saúde, com a finalidade

de que todos estejam atentos para os fatores desencadeantes e as medidas de controle do processo álgico. Estudos demonstram que um dos obstáculos para o manejo e tratamento adequado da dor é a falha na comunicação entre enfermeiros, médicos e pacientes quanto a sua avaliação e tratamento^(26,28,46).

A importância da interdisciplinaridade no manejo dos processos dolorosos está bem estabelecida, porém, na prática clínica, ela ocorre muito pouco^(15,24). Na maioria das vezes, é estabelecida uma rotina na qual as medidas não-farmacológicas de alívio da dor são de responsabilidade da enfermagem e os médicos se limitam ao manejo sobre a perspectiva apenas farmacológica^(35,45). Como relatado em estudo qualitativo com enfermeiras que atendem crianças internadas na UTI, um dos obstáculos enfrentados para o adequado manejo da dor é a resistência na interação com os demais profissionais da equipe de saúde⁽⁴³⁾.

O fluxo de comunicação deve ser estabelecido entre todos os componentes da equipe. Se a dor for identificada, mas a informação não circular entre os profissionais ou circular de modo restrito, irregular e lento, a proposta analgésica e seus ajustes ficam comprometidos⁽⁴⁶⁾.

- *FALTA DE NORMATIZAÇÃO E PROTOCOLOS*

O emprego de protocolos que facilitem a correta seleção de medicamentos, administração adequada e monitorização cuidadosa pode melhorar a qualidade da sedação e analgesia e evitar efeitos adversos^(28,46,51). Por esta razão, alguns consensos internacionais que estabelecem normatizações para o manejo adequado da dor neonatal foram publicados^(47,52,53).

Estudos multicêntricos recentes revelaram que apenas uma minoria das instituições usa escalas ou protocolos escritos para o manejo da dor^(8,22,34). Poucos serviços possuem uma política ou normatização escrita para o manejo prático da dor durante os procedimentos e, na maioria dos hospitais, não há registro, no prontuário, do uso de escalas ou tratamento

analgésico^(9,10,34). Entretanto, a presença de normatizações escritas pode melhorar a atenção à dor nas UTINs, conforme demonstrado em estudo europeu em que a avaliação do fenômeno doloroso e o uso de terapia analgésica foram mais frequentes nos serviços em que existiam normatizações para o manejo adequado da dor no período neonatal⁽³⁴⁾.

Neste contexto, em estudo no Reino Unido, foram recomendadas a todas as unidades neonatais do país normatizações escritas sobre analgesia nas UTINs para serem disponibilizadas a todos os profissionais, principalmente aos recém-formados⁽¹⁰⁾. Recomendações semelhantes foram destacadas em pesquisa neo-zelandesa que, após seis anos, transformou as evidências científicas em prática⁽⁵⁴⁾. Uma ampla base de conhecimentos e atualização relacionada ao manejo e avaliação da dor é primordial para auxiliar os profissionais no tratamento dos recém-nascidos que necessitam de cuidados intensivos⁽⁴⁷⁾.

CONCLUSÕES

Segundo o consenso para o manejo e prevenção da dor no neonato, o profissional de saúde tem a responsabilidade de avaliação, prevenção e manejo da dor em recém-nascidos⁽⁵³⁾. Os motivos que justificam a pouca utilização de analgesia pelos profissionais nas suas rotinas ainda não são claros, apesar dos estudos demonstrarem os benefícios da analgesia para o paciente⁽¹⁰⁾. As dificuldades perpassam por aspectos cognitivos e emocionais do profissional até a falta de opções terapêuticas eficazes e inócuas que forneçam analgesia de forma segura.

Uma abordagem multidisciplinar nas UTINs, para o manejo da dor, pode melhorar a assistência ao recém-nascido⁽³⁾. Estudos referem que a falta de comunicação entre a equipe de saúde e a pouca organização das unidades dificultam a avaliação e tratamento da dor. A influência de fatores pessoais, o pouco entendimento entre os profissionais, as dificuldades de comunicação com os familiares e a falta de recursos humanos prejudicam a avaliação e, conseqüentemente, a minimização do processo doloroso^(43,45).

Para os médicos neonatologistas, a avaliação da dor deve fazer parte da rotina, durante o exame físico⁽⁵⁵⁾. Esta deve ser valorizada como o quinto sinal vital, sendo avaliada de maneira sistematizada e tratada mediante protocolos previamente estabelecidos. É de responsabilidade dos profissionais de saúde, clínicos e pesquisadores, desenvolver, testar e utilizar os melhores métodos possíveis para avaliar a dor em todas as situações potencialmente dolorosas e, assim, prover um cuidado apropriado, efetivo e humano para o recém-nascido⁽²⁰⁾.

Desta forma, os estudos evidenciam que, não obstante os avanços no manuseio do processo algico, há necessidade de melhorias no preparo dos profissionais de saúde acerca da identificação, avaliação e controle da dor no período neonatal, na tentativa de modificar as práticas de rotina, esperando, fornecer subsídios na busca de uma assistência ao neonato mais humanizada^(3,43).

REFERÊNCIAS

1. Guinsburg R, Kopelman BI, Almeida MFB, Miyoshi MH. A dor do recém-nascido prematuro submetido à ventilação mecânica através da cânula traqueal. *J Pediatr (Rio J)* 1994;75(3):82-90.
2. Hall RW, Anand KJS, DPhil MBBS. Short and long-term impact of neonatal pain and stress: more than an ouchie. *Neoreviews* 2005;4(2):69-75.
3. Gaíva MAM, Dias NS. Dor no recém-nascido: percepção de profissionais de saúde de um hospital universitário. *Rev Paul Enf* 2002;21(3):234-9.
4. Gray PH, Trotter JA, Langbridge P, Doherty CV. Pain relief for neonates in Australian hospitals: A need to improve evidence-based practice. *J Paediatr Child Health* 2006;42:10-3.
5. Simons SHP, Tibboel D. Pain perception development and maturation. *Semin Fetal Neonatal Med* 2006;11:227-31.
6. Grunau RV. Early pain in preterm infants: a model of long-term effects. *Clin Perinatol* 2002;29(3):373-94.
7. Hohmeister J, Demirakça S, Zohsel K, Flor H, Hermann C. Responses to pain in school-aged children with experience in a neonatal intensive care unit: cognitive aspects and maternal influences. *Eur J Pain* 2009;13:91-101.
8. Carbajal R, Rousset A, Danan C, Coquery S, Nolent P, Ducrocq S *et al.* Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in Intensive Care Units. *JAMA* 2008;300(1):60-70.
9. Harrison D, Loughnan P, Johnston L. Pain assessment and procedural pain management practices on neonatal units in Australia. *J Paediatr Child Health* 2006;42:6-9.

10. McKechnie L, Levene M. Procedural pain guidelines for newborn in the United Kingdom. *J Perinatol* 2007;1:1-5.
11. Prestes ACY, Guinsburg R, Balda RCX, Marba STM, Rugolo LMSS, Pachi PR *et al.* Frequência do emprego de analgésicos em unidades de terapia intensiva neonatal universitárias. *J Pediatr (Rio J)* 2005;81(5):405-10.
12. Cignacco E, Hamers JPH, Van Lingen RA, Zimmermann LJI, Muller R, Gessler P *et al.* Pain relief in ventilated preterm infants during endotracheal suctioning: a randomized controlled trial. *Swiss Med Wkly* 2008;138(43-44):635-45.
13. Anand KJS, Hall RW, Desai N, Shephard B, Bergqvist LL, Young TE *et al.* Effects of morphine analgesia in ventilated preterm neonates: primary outcomes from NEOPAIN assessment trial. *Lancet* 2004;363:1673-82. Dodds E. Neonatal procedural pain: a survey of nursing staff. *Paediatr Nurs* 2003;15(5):18-21.
14. Chermont AG, Guinsburg R, Balda RCX, Kopelman BI. O que os pediatras conhecem sobre avaliação e tratamento da dor no recém-nascido? *J Pediatr (Rio J)* 2003;79(3):265-72.
15. Dodds E. Neonatal procedural pain: a survey of nursing staff. *Paediatr Nurs* 2003;15(5):18-21.
16. Guinsburg R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. *J Pediatr* 1999;75(3):149-60.
17. Beyer JE, Wells N. The assessment of pain in children. *Pediatric Clin North Am* 1989;36:837-54.
18. Correia LL, Linhares MB. Assesment of the behavior of children in painful situations: literature review. *J pediatr (Rio J)* 2008;84(6):477-86.

19. Anand KJS, Aranda JV, Berde C, B., Buckman S, Capparelli EV, Carlo W *et al.* Summary proceedings from the neonatal pain-control group. *Pediatrics* 2006;117:S9-22.
20. Silva YP, Gomez RS, Máximo TA, Silva ACS. Avaliação da dor em neonatologia. *Rev Bras Anesthesiol* 2007;57(5):565-74.
21. Herr K, Coyne PJ, Manworren R, McCaffery M, Merkel S, Pelosi-Kelly J *et al.* Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs* 2006;7(2):44-52.
22. Castro MCFZ, Guinsburg R, Almeida MFB, Peres CA, Yanaguibashi G, Kopelman BI. Perfil da indicação de analgésicos opóides em recém-nascidos em ventilação pulmonar mecânica. *J Pediatr* 2003;79(1):41-8.
23. Lander J. Clinical judgments in pain management. *Pain* 1990;42:15-22.
24. Dihle A, Bjølseth G, Helseth S. The gap between saying and doing in postoperative pain management. *J Clin Nurs* 2006;15:469-79.
25. Simons SH, van Dijk M, Anand KS, Roofthoof D, van Lingen RA, Tibboel D. Do we still hurt newborn babies? A prospective study of procedural pain and analgesia in neonates. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:1058-64.
26. Wilson B, McSherry W. A study of nurses' inferences of patients' physical pain. *J Clin Nurs* 2006;15:459-68.
27. Hennig MAS, Gomes MASM, Gianini NOM. Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a "atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método canguru". *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2006;6(4):427-35.
28. Manias E, Botti M, Bucknall T. Observation of pain assessment and management - the complexities of clinical practice. *J Clin Nurs* 2002;11:724-33.

29. Craig KD, Pillai RR. Social influences, culture and ethnicity. In: McGrath PJ, Finley GA, editors. Pediatric pain: biological and social context Progress in pain research and management. Seattle, WA: IASP Press Seattle; 2003. p. 159-82.
30. Breau LM, McGrath PJ, Stevens B, Beyene J, Camfield C, Finley G *et al.* Judgment of pain in the neonatal intensive care setting: a survey of direct care staff's perceptions of pain in infants at risk for neurological impairment. *Clin J Pain* 2006;22:122-9.
31. Hobara M. Beliefs about appropriate pain behavior: cross cultural and sex differences between Japanese and Euro-Americans. *Eur J Pain* 2005;9:389-93.
32. Robinson ME, Wise EA. Prior pain experience: influence on the observation of experimental pain in men and women. *J Pain* 2004;5(5):264-9.
33. Guinsburg R, Peres CD, de Almeida MFB, Balda RDX, Berenguel RC, Tonelotto J. Differences in pain expression between male and female newborn infants. *Pain* 2000;85:127-33.
34. Gharavi B, Schott C, Nielle M, Reiter G, Linderkamp O. Pain management and the effect of guidelines in neonatal units in Austria, Germany and Switzerland. *Pediatr Int* 2007;49:652-8.
35. Porter FL, Wolf CM, Gold J, Lotsoff D, Miller JP. Pain and pain management in newborn infants: a survey of physicians and nurses. *Pediatrics* 1997;100(4):626-37.
36. Balda RCX, Guinsburg R, de Almeida MFB, Peres CA, Miyoshi MH, Kopelman BI. The recognition of facial expression of pain in full-term newborns by parents and health professionals. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154(10):1009-16.
37. Elias LSdT, Guinsburg R, Peres CA, Balda RDX, Santos AMN. Disagreement between parents and health professionals regarding pain intensity in critically ill neonates. *J Pediatr (Rio J)* 2008;84(1):35-40.

38. Stevens B, McGrath P, Dupuis A, Gibbins S, Beyene J, Breau LM *et al.* Indicators of pain in neonates at risk for neurological impairment. *J Adv Nurs* 2008;65(2):285-96.
39. Sousa BBB, Santos MH, Sousa FGM, Gonçalves APF, Paiva SS. Avaliação da dor como instrumento para o cuidar de recém-nascidos pré-termo. *Texto Contexto Enferm* 2006;15:88-96.
40. Bergqvist LL, Eriksson M, Kronsberg SS, Schollin J, Barton B, Anand KJS. Seeing through the blind! Ability of hospital staff to differentiate morphine from placebo, in neonates at a placebo controlled trial. *Acta Paediatr* 2007;96:1004-7.
41. Nayak S, Shiflett SC, Eshun S, Levine FM. Culture and gender effects in pain beliefs and the prediction of pain tolerance. *Cross Cult Res* 2000;34:135-51.
42. Todd KH, Samaroo N, Hoffman JR. Ethnicity as a risk factor for inadequate emergency department analgesia. *J Am Med Assoc* 1993;269:1537-9.
43. Viana DL, Dupas G, Pedreira MLG. A avaliação da dor da criança pelas enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva. *Pediatria (São Paulo)* 2006;28(4):251-61.
44. Pires A. Fatores que afetam a percepção da dor em crianças. In: Silva YP, editor. *Dor em pediatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 21-8.
45. Andersen RD, Greve-Isdahl M, Jylli L. The opinion of clinical staff regarding neonatal procedural pain in two Norwegian neonatal intensive care units. *Acta Paediatr* 2007;96:1000-3.
46. Klopfenstein CE, Herrmann FR, Mamie C, Van Gessel E, Forster A. Pain intensity and pain relief after surgery- A comparison between patients' reported assessments and nurses' and physicians' observations. *Acta Anaesthesiol Scand* 2000;44:58-62.
47. Anand KJS. Pharmacological approaches to the management of pain in the neonatal intensive care unit. *J Perinatol* 2007;27:S4-S11.

48. Cignacco E, Hamers JPH, Stoffel L, van Lingen RA, Gessler P, McDougall J *et al.* The efficacy of non-pharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates. A systematic literature review. *Eur J Pain* 2007;11:139-52.
49. Harvey AJ, Morton NS. Management of procedural pain in children. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2007;92(e20-e26).
50. Philip AGS. The evolution of neonatology. *Pediatr Res* 2005;58(4):799-815.
51. Mencía S, López-Herce J, Freddi N. Analgesia and sedation in children: practical approach for the most frequent situations. *J Pediatr* 2007;83(2 Suppl):S71-82.
52. Paediatrics and Child Health Division, The Royal Australasian College of Physicians. Management of procedure-related pain in neonates. *J Paediatr Child Health* 2006;42:S31-9.
53. Batton DG, Barrington KJ, C. W. Prevention and management of pain in the neonate: an update. *Pediatrics* 2006;118(5):2231-41.
54. Heaton P, Herd D, Fernando A. Pain relief for simple procedure in New Zealand neonatal units: practice change over six years. *J Paediatr Child Health* 2007;43:394-7.
55. Taylor BJ, Robbins JM, Gold JI, Logsdon TR, Bird TM, Anand KJS. Assessing postoperative pain in neonates: a multicenter observational study. *Pediatrics* 2006;118(4):e992-e1000.



**“Como todos, ao nascer, respirei o ar comum.
Como todos, caí numa Terra de sofrimento.
Como todos, a primeira coisa que fiz foi chorar”.**

Bíblia, Eclesiastes

3 - ARTIGO ORIGINAL

DATA: 13 DE MAIO DE 2009

LOCAL: RECIFE, PERNAMBUCO-BRASIL

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Práticas referidas e realizadas pelos médicos no manejo da dor em unidades de terapia intensiva Neonatal no Recife - Brasil²

*PRACTICES REPORTED VS. THOSE USED BY PHYSICIANS REGARDING PAIN
MANAGEMENT IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNITS IN NORTHEASTERN BRAZIL*

**TÍTULO CURTO: PRÁTICAS REFERIDAS E REALIZADAS PELOS MÉDICOS NO
MANEJO DA DOR**

*PRACTICES REPORTED VS. THOSE USED BY PHYSICIANS REGARDING PAIN
MANAGEMENT*

AUTORES:

- Alessandra Costa de Azevedo Maia¹, Carmem Lúcia Guimarães de Aymar², Sônia Bechara Coutinho³.

1. Médica Preceptora do Ambulatório de Pediatria do Instituto de Medicina Integrada Professor Fernando Figueira- IMIP. Mestranda do Programa de Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

2. Médica Preceptora da Unidade Neonatal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco.

3. Médica Professora do Departamento Materno-Infantil e da Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco. Doutora em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Dra. Sônia Bechara Coutinho

Avenida Beira Mar, 1294/601.

Piedade, Jaboatão dos Guararapes/PE.

CEP: 54410-000

Fone: (81) 33614708 Fax: (81) 21268514

E-mail: soniabecharacoutinho@hotmail.com

² Artigo formatado de acordo com as normas da Revista Swiss Medical Weekly- Anexo B

RESUMO

Embasamento teórico: A avaliação e prevenção da dor no período neonatal já está estabelecida, porém as atitudes dos neonatologistas, frequentemente, não refletem as atuais evidências científicas. Desta forma, procurou-se avaliar o uso de analgesia sistêmica referido ao praticado pelos médicos na rotina diária.

Método: Estudo transversal, realizado em sete Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, na cidade de Recife, Brasil. Esta pesquisa possuiu duas etapas: a entrevista com os médicos constando variáveis relacionadas ao perfil do profissional e manejo da dor e a segunda etapa, com avaliação retrospectiva ao questionário em seis meses, constando dados dos prontuários dos recém-nascidos referente ao uso de analgésico nos procedimentos dolorosos. A comparação entre as etapas foi realizada através do teste de qui-quadrado de homogeneidade ($P \leq 0,05$).

Resultados: O uso de analgesia sistêmica referido pelos profissionais foi maior comparado com as práticas realizadas nos serviços para as seguintes situações dolorosas: enterocolite necrosante ($p < 0,002$), pós-operatório ($p < 0,001$), intubação oro-traqueal ($p < 0,001$) e ventilação mecânica ($p < 0,001$).

Conclusão: Apesar dos avanços no manuseio da dor, os neonatologistas não os incorporam em suas práticas de rotina. Para diminuir tamanha lacuna entre o “saber” e o “fazer” é necessário capacitar os profissionais e implantar normas e protocolos. Lidar com a experiência dolorosa do recém-nascido é um desafio que necessita ser enfrentado pela equipe de saúde. É direito do neonato receber o conforto e o alívio da dor, práticas já estabelecidas para adultos e crianças maiores.

Palavras-chave: Dor, Terapia Intensiva Neonatal, Profissional de saúde.

ABSTRACT

Background: The responsibility of healthcare professionals regarding the assessment and prevention of pain in the neonatal period has been established. However, pain management remains inadequate. The attitudes of neonatologists often do not reflect current scientific evidence on pain in this age group. The present study sought to assess medical knowledge regarding pain and the systematic use of analgesics as well as compare the practices reported by physicians to those actually used in routine practice.

Methods: A descriptive study with an analytical component was carried out at seven neonatal intensive care units in northeastern Brazil. In order to compare the information provided by the healthcare professionals with the routine practice of the services, data collection was performed in two steps: a questionnaire for the physicians to answer and a form using data from the medical charts of the newborns.

Results: There was a greater reporting of the systemic use of analgesics than the actual practices carried out for the following situations of pain: necrotizing enterocolitis ($p<0,02$), postoperative period ($p<0,01$), oro-tracheal intubation ($p<0,01$) and mechanical ventilation ($p<0,01$).

Conclusion: Despite advances in pain management, neonatologists have yet to incorporate such advances into their routine practice. In order to reduce the gap between knowledge and practice, training of healthcare professionals and the implantation of norms and protocols are needed. Dealing with the painful experiences of newborns is a challenge that the healthcare team needs to face. Comfort and pain relief, which are long established practices for adults and older children, are also the rights of newborns.

Keywords: Pain, Neonatal Intensive Care, Healthcare Professional

Introdução

Foram necessários alguns anos para convencer a comunidade médica de que a nocicepção e experiências dolorosas são fenômenos que afetam os neonatos. Sendo assim, a avaliação e o tratamento da dor devem fazer parte da rotina médica dessa população vulnerável [1]. O profissional de saúde que trabalha na Unidade de Terapia Intensiva (UTIN) deve estar atento às alterações comportamentais e fisiológicas que acompanham o episódio doloroso, além de saber utilizar instrumentos de avaliação e mensuração da dor [2].

A diminuição de eventos potencialmente dolorosos ou estressantes pode levar a melhores resultados a curto e longo prazo, sobremaneira no neurodesenvolvimento do neonato [3]. Apesar desse crescente conhecimento sobre a dor e dos avanços no seu tratamento, o uso de analgesia de rotina para procedimentos dolorosos ainda é inadequado [4-7]. Vários artigos evidenciam que médicos e enfermeiros mostram-se incapazes de identificar e tratar a dor dos recém-nascidos e lactentes, que não se queixam verbalmente [3-5,8,9].

Os motivos que justificam a pouca utilização de analgesia pelos profissionais nas suas rotinas ainda não são claros, podendo ser influenciados por fatores individuais do profissional e pela habilidade trabalhar com a interdisciplinaridade [10], além da falta de opções terapêuticas eficazes e inócuas que forneçam analgesia de forma segura [6].

As dificuldades para o tratamento adequado da dor não residem somente na falta de opções diagnósticas e terapêuticas, mas sim, em como os profissionais da área de saúde se utilizam dos conhecimentos científicos em sua prática diária [11,12]. Estudo qualitativo com enfermeiros demonstrou haver uma discordância entre as afirmações do profissional quanto ao manejo de dor de crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos e as ações na prática de rotina. A explicação para esta lacuna pode dever-se ao conhecimento insuficiente quanto ao

manejo da dor ou a falhas na incorporação da teoria na prática diária dos profissionais de saúde [8,12-16].

Esta realidade, ainda pouco explorada, em sua maioria está direcionada para a investigação qualitativa, na área de enfermagem e novas pesquisas foram sugeridas, a fim de comparar a minimização do fenômeno doloroso com fatores relacionados aos profissionais [17]. Neste contexto, ao considerar a importância do manejo da dor sob a perspectiva da avaliação dos profissionais de saúde associado à escassez de publicações neste tema no Nordeste do Brasil, este estudo teve como objetivo verificar o conhecimento dos neonatologistas no manejo da dor, além de comparar as práticas referidas com as realizadas para o tratamento da dor nos neonatos internados nas UTINs.

Método

Desenho e local do estudo

Estudo descritivo, transversal, com componente analítico, realizado em sete UTINs, sendo cinco de atendimento público e duas de atendimento privado da cidade do Recife, Pernambuco, região Nordeste do Brasil. A população do Estado de Pernambuco é de 8.485.386 habitantes, tendo a cidade do Recife 1.533.580 habitantes [18]. A taxa de mortalidade neonatal precoce da região Nordeste é a mais alta do país, com 17,58 óbitos por 1.000 nascidos vivos, sendo o Estado de Pernambuco responsável pela terceira maior taxa (18,16 óbitos por 1.000 nascidos vivos) [19]. O município possui cinco maternidades conveniadas aos seguros de saúde suplementar ou com atendimento particular, que totalizam 42 leitos de UTINs privados, quatro maternidades públicas e uma fundação filantrópica conveniadas ao Sistema Único de Saúde que totalizam 63 leitos de cuidados intensivos cadastrados [20].

As cinco maternidades públicas participantes do estudo representam a totalidade dos serviços de referência para atendimento à gestação de alto risco, no Estado. Destas, quatro unidades possuem programa de residência médica credenciada pelo Ministério da Educação, para formação de pediatras, e duas ainda possuem programa de residência para formação de neonatologistas.

As duas maternidades privadas realizam atendimento a pacientes de alto, médio e baixo risco, não havendo atividade de ensino em nenhuma delas. Estas unidades foram selecionadas entre as sete UTINs privadas do município, por contarem com equipes de neonatologistas exclusivas para atendimento ao setor, terem o maior número de partos/ano dentre os serviços privados e concentrarem vinte, ou seja, 47,6% dos leitos de UTINs privados, na cidade. As outras três UTINs existentes não participaram do estudo pois uma não estava em funcionamento, no período, e as restantes possuíam na escala de plantonistas pediatras não especializados.

As maternidades participantes da pesquisa registraram o total de 21.246 nascidos vivos, durante o ano de 2006, correspondendo a 15,0% dos 141.561 nascimentos do Estado [21]. Todas as unidades realizam apenas atendimento a pacientes que nasceram no próprio serviço, não aceitando pacientes externos.

Amostra e coleta dos dados

Foram convidados a participar da pesquisa todos os médicos que atuavam como diaristas e/ou plantonistas nas sete UTNs selecionadas, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Três profissionais não participaram do estudo: dois por

recusa e uma por estar em licença de gestação, sendo esta amostra composta por 116 neonatologistas.

No período de janeiro a maio de 2007 foram aplicados questionários aos médicos contendo variáveis demográficas, quanto à qualificação profissional, história de internamento em UTI e variáveis relacionadas ao manejo da dor neonatal. A coleta de dados foi realizada por três neonatologistas que não fizeram parte da amostra estudada. O questionário foi respondido pelos profissionais, nos seus locais de trabalho, na presença das pesquisadoras, sem intervenção dos mesmos, no tempo máximo de 60 minutos. Realizou-se um projeto piloto com 05 pediatras, para avaliar as incoerências e possíveis erros operacionais.

Para comparação das informações fornecidas pelos profissionais, em relação à dor dos neonatos, com a prática médica realizada no atendimento de rotina, foram utilizados dados de uma pesquisa realizada, nos mesmos serviços, por uma das pesquisadoras, cujo objetivo foi avaliar o tratamento da dor no neonato através da análise retrospectiva de 300 prontuários médicos dos recém-nascidos atendidos nos seis meses anteriores à pesquisa, nos sete serviços estudados [22]. Os dois estudos ocorreram no mesmo período, contudo para diminuir a possibilidade do interrogatório ser um agente influenciador na conduta e prática dos entrevistados, a coleta de dados dos prontuários foi retrospectiva às entrevistas dos profissionais, conforme demonstrado em publicações anteriores[15,23,24].

A pesquisa utilizada para comparação continha dados dos prontuários médicos de todas as crianças internadas nas UTINs que foram submetidas a procedimentos dolorosos ou situações potencialmente dolorosas e tiveram alta no período de janeiro a junho de 2006. Foram consideradas as seguintes situações dolorosas, com possível indicação de analgesia sistêmica: realização de drenagem torácica com analgesia específica para o procedimento; enterocolite necrotizante em qualquer estágio; inserção de tubo oro-traqueal em situação eletiva; uso de ventilação mecânica assistida, independente do tempo e pós-operatório, sendo

considerado o período de até uma semana após o procedimento invasivo. Vale salientar que foi considerada também a realização de um procedimento na vigência de analgesia já indicada por outra situação. Quanto a administração de analgesia sistêmica foi considerada a prescrição de alguma dose de opióide, isoladamente ou associada a sedativos, em dose intermitente ou contínua [22].

A prática referida quanto ao manejo da dor dos neonatos, pelos 116 médicos, foi comparada com as informações contidas em 300 prontuários de recém-nascidos internados nas UTINs avaliadas e submetidos a procedimentos reconhecidamente dolorosos. Nos serviços estudados, apenas os médicos prescrevem analgésicos sistêmicos e a verificação do uso destas drogas nos prontuários dos neonatos reflete a prática utilizada por estes profissionais.

Durante todo o processo de coleta, o grupo de neonatologistas permaneceu homogêneo, não ocorrendo admissão de novos profissionais e apenas uma médica encontrava-se afastada devido à licença maternidade.

Análise estatística e considerações éticas

Os dados obtidos nas duas pesquisas foram codificados e processados em dupla entrada utilizando-se o programa estatístico Epi-Info versão 6.04 (*Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA*). Com a finalidade de comparar as práticas médicas, quanto ao manejo da dor, referidas pelo grupo de profissionais, com as verificadas nos prontuários médicos dos neonatos, foi utilizado o teste qui-quadrado de homogeneidade, adotando-se um nível de significância de 5%. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães de Pernambuco/ Brasil, nº do documento 0005.0.236.000-08.

Resultados

Foram entrevistados 116 (97,4%) do total de 119 médicos plantonistas e/ou diaristas nas sete UTINs estudadas. Na tabela 1, estão explicitadas as características pessoais e profissionais dos médicos, sendo a média de idade 39 anos (DP 8,2), com a maior frequência na faixa etária de 31 a 40 anos e a maioria 108 (93,1%) do sexo feminino. Quanto à experiência profissional, observou-se que a média do tempo de formado até o período da entrevista foi de 15 anos (DP 7,9) e a de atuação em neonatologia foi de 11 anos (DP 6,9). A maioria dos entrevistados, 106 (91,4%), realizou residência médica, porém apenas 70 (60,3%) possuíam Título de Especialista em Pediatria (TEP) e 32 (27,6%) possuíam o Título de Especialista em Neonatologia (TEN). Apenas 29,7% dos profissionais referiram que as instituições onde trabalhavam possuíam normatizações escritas para o tratamento de dor no período neonatal. Dentre os indivíduos avaliados, 74 (70,5%) dos 105 que responderam este tópico relataram atuar em mais de um dos serviços estudados.

Tabela 1: Características pessoais e profissionais dos neonatologistas entrevistados

Características Pessoais	N=116	(%)
Idade		
20 a 30 anos	19	16,4%
31 a 40 anos	46	39,6%
41 a 50 anos	35	30,2%
>51 anos	16	13,8%
Sexo		
Feminino	108	93,1%
Masculino	8	6,9%
Número de filhos		
Nenhum	45	38,8%
1 ou mais	71	61,2%
Internamentos em UTI*		
Sim	10	8,8%
Não	106	91,2%
Características Profissionais		
Tempo de formado		
< 10 anos	33	28,4%
≥ 10 anos	83	71,6%
Tempo de atuação em neonatologia		
< 10 anos	49	42,2%
≥ 10 anos	67	57,8%
Qualificação profissional		
Residência médica finalizada	106	91,4%
TEP [†]	70	60,3%
TEN [‡]	32	27,6%
Mestrado	9	7,8%
Doutorado	3	2,6%
Atividade docente e/ou preceptoria	77	66,4%
Forma de trabalho		
Regime de plantão	68	58,6%
Jornada semanal > 40horas	38	32,7%
Atuação em mais de um serviço estudado [§]	74	70,5%
Normatização escrita onde trabalha	33	29,7%

* Unidade de Terapia Intensiva, [†]Título de Especialista em Pediatria, [‡]Título de Especialista em Neonatologia, Número de profissionais que não informaram: [§]11, ^{||}5.

O manejo da dor referido pelos neonatologistas está descrito na tabela 2. Todos os profissionais acreditavam que o recém-nascido sente dor e 88 (75,9%) conheciam alguma escala de avaliação; entretanto, menos de um quarto dos médicos referiram a utilização de escalas na rotina diária. A maioria temia o uso de opioides (82,6%) e as justificativas mais

comumente mencionadas relacionavam-se a: depressão respiratória e alterações hemodinâmicas.

Tabela 2: Avaliação do conhecimento de neonatologistas no manejo da dor do recém-nascido.

	N= 116	%
O neonato sente dor?		
Sim	116	100%
Como avalia a dor?		
Choro	113	97,4%
Mímica facial	112	96,6%
Movimentação	106	91,4%
Parâmetros fisiológicos	93	80,2%
Conhece escala de dor?		
Sim	88	75,9%
Utiliza escala de dor?		
Sim	24	20,7%
Trata a dor do neonato?		
Sim	98	84,5%
Por quê?		
Diminuir sofrimento	109	94%
Melhorar prognóstico	97	83,6%
Acalmar a criança	105	90,5%
Temor ao uso de opióide?		
Sim	95	82,6%*
Quais?		
Depressão respiratória	92	95,8% [†]
Alteração hemodinâmica	59	61,5% [‡]
Tolerância à droga	57	59,4% [§]
Dependência à droga	51	53,1%

Número de profissionais que não informaram: *Um, [†]Doze, [‡]Doze, [§]Doze, ^{||}Dezesseis.

Na tabela 3 são caracterizados os dados dos 300 recém-nascidos avaliados quanto ao manejo da dor que foram utilizados para comparação com as práticas referidas pelos profissionais.

Tabela 3: Caracterização da população estudada nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal segundo a utilização de analgésicos sistêmicos.

Variáveis N=300	Uso de analgésico			
	Sim		Não	
	n=41	%	n=259	%
Tipo de serviço*				
Público	36	13,3	234	86,7
Privado	5	17,9	23	82,1
Sexo †				
Masculino	23	15	130	85
Feminino	16	11,4	124	88,6
Peso (em gramas) ‡				
<1.500	10	6,7	139	93,3
1.500-2499	21	20,4	82	79,6
≥2.500	10	22,7	34	77,3

*Ignorado=2pacientes, †Em 6 pacientes o sexo não foi registrado e ‡4 pacientes não foram pesados.[22]

As drogas mais referidas para o tratamento de dor no período neonatal foram os opioides (81%); contudo, a proporção dos que referiram esta droga foi seis vezes maior do que a proporção realmente utilizada (13,7%), dado estatisticamente significativo. Fato semelhante foi constatado em relação ao uso das outras drogas avaliadas, conforme descrito na tabela 4, ($p < 0,001$).

Tabela 4: Comparação, entre as práticas referidas pelos neonatologistas, quanto ao tipo de droga para tratamento das situações dolorosas e as verificadas nos prontuários médicos nas rotinas dos serviços estudados

Droga usada na analgesia	Referidas N=116	Realizadas N=300	P
	% (n/N)	% (n/N)	
Opioide	81% (94/116)	13,7% (41/298)*	<0,001
Diazepínico	29,3% (34/116)	4,4% (13/298)*	<0,001
Opioide + diazepínico	29,3% (34/116)	1,8% (5/298)*	<0,001

*Ignorado=2pacientes

Ao comparar a realização da analgesia sistêmica nas situações dolorosas do neonato, observou-se uma baixa frequência quanto ao uso de analgésicos para os pacientes internados nas UTINs, quando comparados aos referidos pelos profissionais. Dados estatisticamente significantes para todas as situações consideradas, exceto para a inserção do dreno torácico, conforme visualizado na tabela 5.

Tabela 5: Comparação, entre as práticas referidas pelos neonatologistas, quanto à utilização de analgesia e as verificadas nos prontuários médicos nas rotinas dos serviços estudados

Situações dolorosas	Utilização de analgesia sistêmica		P
	Referida % (n/N)	Praticada % (n/N)	
Drenagem torácica	61,8% (68/110) *	50,0% (8/16)	0,366
Enterocolite	54,0% (61/113) †	11,8% (2/17)	0,002
Pós-operatório	88,4% (99/112) ‡	42,4% (14/33)	<0,001
Intubação oro-traqueal	22,3% (25/112) §	3,6% (9/249)	<0,001
Ventilação mecânica	35,4% (40/113)	14,7% (34/231)	<0,001

Número de profissionais que não informaram: * seis, † Três, ‡ Quatro, § Quatro, || Três .

Discussão

A pesquisa envolveu as equipes médicas da área de neonatologia, de forma abrangente e representativa. Foram avaliados os profissionais de todas as unidades de saúde públicas com terapia intensiva neonatal do Estado e de duas das sete instituições privadas do município, não existindo publicações com abordagem semelhante na região Nordeste do Brasil.

Observou-se que as equipes médicas dos serviços envolvidos são compostas, na sua maioria, pelos mesmos profissionais. Por este motivo, não foram avaliados os médicos de acordo com o local de trabalho, porque a maior parte deles atuava em mais de um dos serviços estudados, o que pode ser justificado pela escassez de profissionais especializados e capacitados na área de cuidados intensivos neonatais na cidade do Recife.

As características pessoais dos médicos avaliados assemelham-se às encontradas por pesquisas nacionais e internacionais, tendo sido evidenciado um predomínio do sexo feminino, tanto nas equipes médicas como nas de enfermagem dos serviços estudados [8,10,25-27], concordando com a afirmação de Philip na qual relata que em nenhuma outra área da Pediatria existe tamanha participação feminina como na área de Neonatologia [28].

Quanto à faixa etária, observou-se uma distribuição semelhante ao estudo realizado em UTINs da Suíça e Alemanha, com predominância do grupo compreendido entre 31 a 40 anos [10]. No que se refere ao tempo de experiência profissional, a maioria dos profissionais brasileiros tinham mais de dez anos de formados, enquanto no grupo de médicos suíços e alemães predominavam aqueles com menos de três anos de atuação em neonatologia [10] e, em um estudo norueguês, mais da metade dos médicos avaliados possuíam menos de doze anos de experiência com neonatos [29]. Apesar da faixa etária semelhante, observa-se que os neonatologistas brasileiros possuem maior tempo de atuação na área e isto pode ser justificado

pelos mesmos iniciarem a carreira profissional mais precocemente ou pela especialização transcorrer em período mais curto.

As demais características profissionais dos médicos avaliados assemelham-se às encontradas por pesquisa nacional, realizada no ano de 2003, em berçários de baixo e médio risco e UTINs de Belém, cidade localizada na região Norte do país [8]. Porém, no presente estudo, observou-se um diferencial quanto ao maior percentual de Títulos de Especialista em Pediatria e em Neonatologia, quando comparados com o estudo mencionado. Este resultado pode ter ocorrido devido ao fato de que, no presente estudo, foram entrevistados apenas médicos que trabalhavam em serviços de alto risco e maior complexidade, ou mesmo refletir o aumento da necessidade e exigência de especialização na área, nos últimos seis anos.

Chama a atenção o fato de todos os profissionais referirem que o recém-nascido sente dor, corroborando estudos anteriores, que constataram uma opinião unânime quanto ao fenômeno algico, nesta faixa etária [8,30,31]. Isto demonstra uma mudança de paradigma, vigente até a década de 70, em que os pediatras achavam que o neonato era incapaz de sentir dor [32,33]. Justifica-se essa nova visão médica pelo crescente aumento de pesquisas nesta área, levando a uma maior compreensão dos fenômenos dolorosos e suas conseqüências, a curto e longo prazo, no neurodesenvolvimento do neonato [1].

Interessante notar que, no presente estudo, a maioria dos neonatologistas referiu conhecer alguma escala de dor, porém menos de um quinto dos médicos mencionaram sua utilização na rotina diária. As manifestações mais referidas na avaliação da dor foram o choro e a mímica facial, enquanto os parâmetros fisiológicos foram os menos mencionados. Além disso, a justificativa mais referida para tratar a dor do neonato foi diminuir o sofrimento, dados concordantes com os de outros estudos citando o chorar e a mudança na expressão facial como as duas medidas comportamentais mais comuns [8,34,35]. Vários indicadores fisiológicos ou comportamentais podem ser usados na avaliação do estímulo doloroso, através

de diversas escalas de dor desenvolvidas e disponíveis na literatura, pois ainda não há uma única padronização objetiva que possa ser aplicável a diversas situações [14,36].

O analgésico mais referenciado pelos médicos nas situações reconhecidamente dolorosas foi o opioide e o principal temor quanto à sua utilização no neonato refere-se à ocorrência de depressão respiratória. Outros autores encontraram resultados semelhantes [8,34,37]. Em um dos trabalhos foi constatado que todos os pediatras pertencentes ao grupo com atuação apenas em UTI referiram a depressão respiratória como o maior temor [8]. Uma das razões justificadas para a falha no uso de opioides em recém-nascidos submetidos a ventilação mecânica foi a preocupação com os efeitos colaterais dos agentes farmacológicos empregados [11]. O temor pode ser justificado pela falta de opções terapêuticas seguras e efetivas que justifiquem a utilização de forma prolongada, principalmente nos prematuros extremos e nos pacientes em uso de ventilação, sendo necessário individualizar administração da analgesia para cada situação específica[38,39].

Vale ressaltar a referência dos diazepínicos como fármacos analgésicos, uma vez que estes medicamentos em geral não reduzem a dor e, pelo contrário, podem potencializá-la [14,40]. Nota-se, então, um desconhecimento, por parte dos entrevistados, acerca das características farmacocinéticas e farmacodinâmicas dos analgésicos no período neonatal.

A situação dolorosa em que os profissionais mais mencionaram a utilização de analgesia sistêmica foi o pós-operatório, sendo a intubação oro-traqueal e a ventilação mecânica as menos referenciadas. No entanto, em estudos recentes, médicos e enfermeiros relataram que a intervenção em que há maior necessidade de agentes farmacológicos é a drenagem torácica, seguida da intubação oro-traqueal [29,34]. A pouca referência, no presente estudo, de utilização dos analgésicos para intubação oro-traqueal e ventilação mecânica pode estar relacionada ao número de repetições ou à continuidade da situação dolorosa, respectivamente [34]. De uma forma geral, os profissionais de saúde acreditam que os agentes

farmacológicos deveriam ser usados mais frequentemente [27,29]. Vale salientar que o percentual de utilização de analgesia referido pelos médicos neste estudo ainda está aquém do ideal, pois, todas as intervenções avaliadas no estudo são consideradas como muito dolorosas [10], bem como a enterocolite necrosante, que é uma enfermidade comprovadamente capaz de produzir dor intensa no paciente.

Foi evidenciada também a escassa referência sobre normatizações escritas nos serviços avaliados, concordando os relatos de estudos multicêntricos recentes, em que apenas uma minoria das instituições possui protocolos escritos para o controle da dor do recém-nascido [4,11,41]. Esta situação é preocupante, pois a presença de normatizações escritas pode melhorar a atenção à dor nas UTINs, conforme demonstrado em estudo europeu, no qual se constatou que a utilização de escalas para avaliação do fenômeno doloroso e o uso de terapia analgésica eram mais frequentes nos serviços em que existiam normatizações para o manejo adequado da dor no período neonatal [41].

Uma das limitações do presente estudo deve-se ao fato de utilizar um questionário auto-avaliativo que verifica a impressão dos respondentes de como realizam suas próprias ações de rotina. Conforme relatado em pesquisas anteriores, este tipo de avaliação pode não refletir o que realmente ocorre na prática clínica [23,42,43]. Além disso, é possível que ocorram mudanças no comportamento dos profissionais, pelo fato de estarem sendo observados, com possível aumento no número das atividades relacionadas à dor, durante o período da avaliação [24,44]. Desta forma, no presente estudo, para que a entrevista não influenciasse a conduta dos médicos, a coleta dos prontuários antecedeu em seis meses a aplicação do questionário. Neste período, não houve admissão de profissionais e apenas uma médica estava de licença maternidade, tendo o grupo permanecido homogêneo.

Poucas são as pesquisas que avaliaram o grau de conhecimentos dos profissionais médicos [8,27,29], sendo a maioria restrita à área de enfermagem e, em muitos casos, com

estudos qualitativos [15,34,42,43,45]. A análise quantitativa dos conhecimentos referidos pelos profissionais e suas condutas de rotina na população formada por médicos ainda é um tema pouco explorado na literatura científica.

No presente estudo, houve uma diferença na utilização de analgesia sistêmica, entre o que foi referido pelos neonatologistas e o observado na prática para a maior parte das situações dolorosas reconhecidamente estudadas. Do mesmo modo, constatou-se diferenças entre as informações referidas pelos profissionais e as descritas nos prontuários quanto ao uso das drogas opioide e diazepínico, utilizadas isoladamente ou em associação. Estes resultados foram semelhantes aos encontrados no estudo observacional e qualitativo realizado com enfermeiros, no ano de 2006, que demonstrou haver uma diferença entre a própria percepção do manejo da dor, na entrevista, e as ações na prática de rotina, no pós-operatório. Esta lacuna entre o conhecimento e a prática, anteriormente observada em alguns artigos [8,12-16], pode dever-se ao conhecimento inadequado ou insuficiente sobre a definição e o manejo de dor e a falhas quanto à incorporação da teoria na prática diária dos profissionais de saúde sem a vinculação das próprias experiências [43].

É possível que essa realidade possa ser explicada pelo fato do profissional criar um mecanismo de defesa psicológico, como uma barreira, aos fenômenos clínicos associados à dor do neonato. Por consequência, os médicos que, em suas práticas de rotina lidam com procedimentos dolorosos, diminuem a sua sensibilidade através de uma reestruturação cognitiva, tornando-se descrentes às respostas subjetivas de dor exibidas pelas crianças e desinteressados no tratamento e alívio do processo algico. Passam a ter uma visão minimalista da criança e realizam os cuidados baseados na “doença” e não no “doente”[46].

Nota-se, então, uma distância entre o que os profissionais dizem que fazem e as suas ações reais na prática diária. Porém, por se tratar de uma pesquisa quantitativa, não é possível justificar o motivo por que este fenômeno ocorre nesta população de profissionais, mais

adequado para ser pesquisado em uma abordagem qualitativa. A consequência deste distanciamento é que se forma uma barreira para o manejo adequado da dor. Assim, o resultado encontrado no estudo chama a atenção e serve como exemplo para a mudança no comportamento de rotina dos profissionais que trabalham nas UTINs.

Conclusões

Os médicos avaliados, neste estudo, sabem que o recém-nascido sente dor, são mais especializados na área neonatal, porém demonstram desconhecimento quanto a alguns aspectos clínicos e farmacológicos importantes para o manejo adequado da dor no neonato. Ainda mais preocupante é que, apesar dos avanços no manuseio da dor, os neonatologistas não os incorporam em suas práticas de rotina. Para diminuir tamanha lacuna entre o “saber” e o “fazer”, é necessário a sensibilização dos profissionais quanto à importância do manejo adequado da dor neste período de vida. Mostra-se necessário o treinamento e a capacitação dos profissionais de saúde e a implantação de normas e protocolos nos serviços estudados, com a finalidade de modificar as práticas de rotina no manejo da dor do recém-nascido, objetivando oferecer uma assistência mais humanizada ao neonato.

Referências

- 1 Simons SHP, Tibboel D. Pain perception development and maturation. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2006;11:227-31.
- 2 Anand KJS. Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn. *Arch Pediatric Adolesc Med.* 2001;155:173-80.
- 3 Hall RW, Anand KJS, DPhil MBBS. Short and long-term impact of neonatal pain and stress: more than an ouchie. *Neoreviews.* 2005;4(2):69-75.
- 4 Lago P, Guadagni A, Merazzi D, Ancora G, Bellieni CV, Cavazza A. Pain management in the neonatal intensive care unit: a national survey in Italy. *Paediatr Anaesth.* 2005;15(11):925-31. Committee on Bioethics.
- 5 Harrison D, Loughnan P, Johnston L. Pain assesment and procedural pain management practices on neonatal units in Australia. *J Paediatr Child Health.* 2006;42:6-9.
- 6 McKechnie L, Levene M. Procedural pain guidelines for newborn in the United Kingdom. *J Perinatol.* 2007;1:1-5.
- 7 Carbajal R, Rousset A, Danan C, Coquery S, Nolent P, Ducrocq S, et al. Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in Intensive Care Units. *JAMA.* 2008;300(1):60-70.
- 8 Chermont AG, Guinsburg R, Balda RCX, Kopelman BI. O que os pediatras conhecem sobre avaliação e tratamento da dor no recém-nascido? *J Pediatr (Rio J).* 2003;79(3):265-72.
- 9 Herr K, Coyne PJ, Manworren R, McCaffery M, Merkel S, Pelosi-Kelly J, et al. Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs.* 2006;7(2):44-52.
- 10 Cignacco E, Hamers JPH, Stoffel L, Van Lingen RA, Schutz N, Muller R, et al. Routine procedures in NICUs: factors influencing pain assessment and ranking by pain intensity. *Swiss Med Wkly.* 2008;138(33-34):484-91.
- 11 Castro MCFZ, Guinsburg R, Almeida MFB, Peres CA, Yanaguibashi G, Kopelman BI. Perfil da indicação de analgésicos opóides em recém-nascidos em ventilação pulmonar mecânica. *J Pediatr (Rio J).* 2003;79(1):41-8.
- 12 Lander J. Clinical judgments in pain management. *Pain.* 1990;42:15-22
- 13 Simons SHP, van Dijk M, Anand KS, Roofthoof D, van Lingen, RA, Tibboel D *et al.* Do we still hurt newborn babies? A prospective study of procedural pain and analgesia in neonates. *Arch Pediatric Adolesc Med.* 2003;157:1058-64.

- 14 Guinsburg R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. *J Pediatr (Rio J)*. 1999;75(3):149-60.
- 15 Wilson B, McSherry W. A study of nurses' inferences of patients' physical pain. *J Clin Nurs*. 2006;15:459-68.
- 16 Hennig MAS, Gomes MASM, Gianini NOM. Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a "atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método canguru". *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2006;6(4):427-35.
- 17 Eriksson M, Grandin M. Pain Management in Swedish neonatal units- a national survey. *Acta Paediatr*. 2008;97:870-4.
- 18 IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Homepage na internet]. Censo demográfico de 2007. Rio de Janeiro: IBGE [acesso em 20/03/2009]. Disponível em: <http://ibge.gov.br>
- 19 BRASIL. Ministério da Saúde, SVS/SIM/DASIS. Estatísticas vitais- mortalidade e nascidos vivos-2004. Sistema de Informações sobre Mortalidade. Brasília: SIM [acesso em 20/03/2009]. Disponível em: <http://datasus.gov.br>
- 20 BRASIL. Ministério da Saúde, SVS/CNES-Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- 2008. Brasília: CNES [acesso em 20/03/2009]. Disponível em: <http://datasus.gov.br>
- 21 BRASIL. Ministério da Saúde, SVS/SINASC. Sistema de Informações de Nascidos Vivos-2007. Brasília: SINASC [acesso em 20/03/2009]. Disponível em: <http://datasus.gov.br>
- 22 Aymar CLG. Manejo da dor e uso de analgesia sistêmica em neonatologia [Dissertação de Mestrado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2008.
- 23 Sneed RC, May WL, Stencil C. Policy versus practice: comparison of prescribing therapy and durable medical equipment in medical and educacional settings. *Pediatrics*. 2004;114:e612-e25.
- 24 Manias E, Bucknall T, Botti M. Assessment of patient pain in the postoperative context. *West J Nurs Res*. 2004;26:751-67.
- 25 Nash R, Yates P, Edwards H, Fentiman B, Dewar A, McDowell J, et al. Pain and the administration of analgesia: what nurses say. *J Clin Nurs*. 1999;8:180-9.
- 26 Pollack LD, Ratner IM, Lund GC. United States neonatology practice survey: personnel, practice, hospital, and neonatal intensive care unit characteristics. *Pediatrics*. 1998;101(3):398-405.
- 27 Porter FL, Wolf CM, Gold J, Lotsoff D, Miller JP. Pain and pain management in newborn infants: a survey of physicians and nurses. *Pediatrics*. 1997;100(4):626-37.
- 28 Philip AGS. The evolution of neonatology. *Ped Res*. 2005;58(4):799-815.

- 29 Andersen RD, Greve-Isdahl M, Jylli L. The opinion of clinical staff regarding neonatal procedural pain in two Norwegian neonatal intensive care units. *Acta Paediatr.* 2007;96:1000-3.
- 30 de Lima J, Lloyd-Thomas AR, Howard RF, Summer E, Quinn TM. Infant and neonatal pain: anesthesiologists' perceptions and prescribing patterns. *BMJ.* 1996;3(13):787.
- 31 Sousa BBB, Santos MH, Sousa FGM, Gonçalves APF, Paiva SS. Avaliação da dor como instrumento para o cuidar de recém-nascidos pré-termo. *Texto Contexto Enferm.* 2006;15:88-96.
- 32 Anand KJS, Hickey PR. Pain and its effects in the human neonate and fetus. *New Engl J Med.* 1987;317:1321-9.
- 33 Hall RW, Anand KJS, DPhil MBBS. Physiology of pain and stress in the newborn. *Neoreviews.* 2005;4(4):61-8.
- 34 Dodds E. Neonatal procedural pain: a survey of nursing staff. *Paediatr Nurs.* 2003;15(5):18-21.
- 35 Bueno M, Kimura AF, Pimenta CAM. Avaliação da dor em recém-nascidos submetidos à cirurgia cardíaca. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(4):428-33.
- 36 Silva YP, Gomez RS, Máximo TA, Silva ACS. Avaliação da dor em neonatologia. *Rev Bras Anesthesiol.* 2007;57(5):565-74.
- 37 Taylor BJ, Robbins JM, Gold JI, Logsdon TR, Bird TM, Anand KJS. Assessing postoperative pain in neonates: a multicenter observational study. *Pediatrics.* 2006;118(4):e992-e1000.
- 38 Cignacco E, Hamers JPH, Van Lingen RA, Zimmermann LJI, Muller R, Gessler P, et al. Pain relief in ventilated preterm infants during endotracheal suctioning: a randomized controlled trial. *Swiss Med Wkly* 2008;138(43-44):635-45.
- 39 Anand KJS, Hall RW, Desai N, Shephard B, Bergqvist LL, Young TE, et al. Effects of morphine analgesia in ventilated preterm neonates: primary outcomes from NEOPAIN randomised trial. *Lancet* 2004;363:1673-82. Dodds E. Neonatal procedural pain: a survey of nursing staff. *Paediatr Nurs* 2003;15(5):18-21.
- 40 Silva YP, Gomez RS, Máximo TA, Silva ACS. Sedação e analgesia em neonatologia. *Rev Bras Anesthesiol.* 2007;57(5):575-87.
- 41 Gharavi B, Schott C, Nielle M, Reiter G, Linderkamp O. Pain management and the effect of guidelines in neonatal units in Austria, Germany and Switzerland. *Pediatrics International.* 2007;49:652-8.
- 42 Manias E, Botti M, Bucknall T. Observation of pain assessment and management - the complexities of clinical practice. *J Clin Nurs.* 2002;11:724-33.

- 43 Dihle A, Bjølseth G, Helseth S. The gap between saying and doing in postoperative pain management. *J Clin Nurs*. 2006;15:469-79.
- 44 Klopfenstein CE, Herrmann FR, Mamie C, Van Gessel E, Forster A. Pain intensity and pain relief after surgery. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2000;44:58-62.
- 45 Viana DL, Dupas G, Pedreira MLG. A avaliação da dor da criança pelas enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva. *Pediatria (São Paulo)*. 2006;28(4):251-61.
- 46 Bergqvist LL, Eriksson M, Kronsberg SS, Schollin J, Barton B, Anand KJS. Seeing through thblind! Ability of hospital staff to differentiate morphine from placebo, in neonates at a placebo controlled trial. *Acta Paediatr* 2007;96:1004-7.



4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS



Considerações finais

Ao final deste estudo, os resultados revelaram que existe um distanciamento entre o “dizer” e o “fazer” dos neonatologistas avaliados quanto ao manejo da dor do recém-nascido, ou seja, apesar dos profissionais reconhecerem o processo doloroso do neonato, ainda não o incorporou à prática de rotina.

Sugere-se, então, discutir com os profissionais dos serviços envolvidos na pesquisa e apresentar os resultados encontrados com o objetivo de sensibilizá-los para o tema abordado, sob a perspectiva de melhorar o atendimento ao neonato. Outrossim, visando propiciar um maior conhecimento da dor e suas formas de manejo, no período neonatal, considera-se imprescindível a inclusão do tema nos currículos da graduação, especialização, residência e pós-graduação dos cursos da área de saúde, com investimentos na educação continuada e atualização permanente.

Devido à importância da interdisciplinaridade para o adequado manejo da dor é necessário expandir a avaliação para as demais áreas de saúde que também assistem ao neonato. Torna-se primordial uma intervenção nas instituições, com treinamento e capacitação dos profissionais de saúde e implantação de normas e protocolos escritos nos serviços.

Vale ressaltar que a implementação de uma prática comprometida com a singularidade do neonato, dentro de uma visão holística, justifica o esforço de todos os profissionais na

continuidade dos estudos nesta linha de pesquisa, com a finalidade de mudar o comportamento e as atitudes no atendimento a esses seres tão sensíveis, sob a perspectiva de fornecer uma assistência mais humanizada ao recém-nascido.

APÊNDICES



APÊNDICE A - Questionário de avaliação dos profissionais

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

UTILIZAÇÃO DE ANALGÉSICOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAIS DO RECIFE QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS MÉDICOS (AVPROF)

Nº. DO QUESTIONÁRIO: _____

DADOS PESSOAIS:

1) IDADE: _____ (em anos)

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

3) Nº. DE FILHOS: 0(1) 1-2(2) 3-4(3) 5-+(4) Não informado(9)

4) INTERNAÇÃO EM UTI? Sim(1) Não(2) Não informado(9)

DADOS PROFISSIONAIS:

5) TEMPO DE FORMADO: _____ (em anos)

6) RES. MÉDICA? Sim(1) Não(2) Em curso(3) Não informado(9)

7) TEP? Sim(1) Não(2) Não informado(9)

8) TEN? Sim(1) Não(2) Não informado(9)

9) TETIP? Sim(1) Não(2) Não informado(9)

10) PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO-SENSU*?
Sim(1) Não(2) Em curso(3) Não informado(9)

11) QUAL NÍVEL? Mestrado(1) Doutorado(2) Não se aplica(8)
Não informado(9)

NUMQUEST

IDADE

SEXO

FILHOS

INTUTI

TEMPO

RESMED

TEP

TEN

TETIP

POSGRD

NIVEL

ATVDOC

12) ATIVIDADE DOCENTE/PRECEPTORIA?

Sim(1) Não(2) Não informado(9)

TEMPONEO

13) TEMPO DE ATUAÇÃO EM NEONATOLOGIA: _____(em anos)

14) JORNADA SEMANAL EM UTI-NEONATAL:

Até 20h(1) 21-40h(2) acima 40h(3) Não informado(9)

JORNEO

15)REGIME DE TRABALHO EM UTI-NEONATAL:

Diária(1) Plantão(2) Misto(3) Não informado(9)

REGNEO

16)ATUA EM UTI PEDIÁTRICA?

Sim(1) Não(2) Não informado(9)

UTIPED

17)TEMPO DE ATUAÇÃO EM UTI PEDIÁTRICA: _____(em anos)

Não se aplica(8) Não informado(9)

TEMPOPED

18)JORNADA SEMANAL EM UTI PEDIÁTRICA:

Até 20hs(1) 21_40hs(2) acima 40hs(3) Não se aplica(8) Não informado(9)

JONPED

19)REGIME DE TRABALHO EM UTI PEDIÁTRICA:

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

REGPED

DADOS RELATIVOS À DOR:

20) O RNT SENTE DOR? Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não informado(9)

RNTDOR

21) O RNPT SENTE DOR? Sim(1) Não(2) Não sabe(3) Não informado(9)

RNPTDOR

- COMO VOCÊ AVALIA A DOR NO RN?

22) CHORO? Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

CHORO

23) MÍMICA? Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

MIMICA

24) MOVIMENTAÇÃO? Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

MOVIM

25) PARÂMETROS FISIOLÓGICOS?

Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

PARFISIO

26)CONHECE ALGUMA ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA DOR NO RN?

Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

ESCALA

27)VOCÊ UTILIZA ALGUMA ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA DOR NO RN?

Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

UTILESC

28) VOCÊ TRATA A DOR NOS RN?
 Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

TRATARN

• POR QUE VOCÊ TRATA A DOR NOS RN?

29) DIMINUIR SOFRIMENTO:
 Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

SOFRIM

30) MELHORAR O PROGNÓSTICO:
 Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

PROGN

31) ACALMAR O RN:
 Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

ACALMA

32) OUTROS MOTIVOS:
 Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

OMOTIV

QUAIS? _____

• COMO VOCÊ TRATA A DOR NOS **RNT**?

33) OPIÓIDE:
 Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

OPIORNT

34) DIAZEPÍNICO:
 Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

DIAZRT

35) OPIÓIDE+DIAZEPÍNICO:
 Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

OPDIAZT

OUTROS

QUAIS? _____

• VOCÊ UTILIZA ANALGESIA SISTÊMICA EM **RNT** NESTAS SITUAÇÕES?

36) DRENAGEM TORÁCICA:

Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

DRENRT

37) INTUBAÇÃO ELETIVA:

Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

IOTRNT

38) VENTILAÇÃO MECÂNICA:

Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

VMARNT

39) PÓS-OPERATÓRIO:

Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

POSRNT

40) ENTEROCOLITE NECROSANTE:

Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

ECNRNT

OUTRAS: _____

• COMO VOCÊ TRATA A DOR NOS **RNPT**?

41) OPIÓIDE:

Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

OPIRNPT

42) DIAZEPÍNICO:

Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

DIAZPT

43) OPIÓIDE+DIAZEPÍNICO:

Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

OPDIAPT

OUTROS: _____

• VOCÊ UTILIZA ANALGESIA SISTÊMICA EM **RNPT** NESTAS SITUAÇÕES?

44) DRENAGEM TORÁCICA:

Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

DRENRT

45) INTUBAÇÃO ELETIVA:

Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

IOTRNT

46) VENTILAÇÃO MECÂNICA:

VMAPT

Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

47) PÓS-OPERATÓRIO:

Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

POSOPPT

48) ENTEROCOLITE NECROSANTE:

Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

ECNPT

OUTRAS: _____

49) TEM ALGUM TEMOR EM RELAÇÃO AO USO DE OPIÓIDES EM RN?

Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

TEMOR

- QUAIS?

50) DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA:

Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

DEPRES

51) EFEITO HEMODINÂMICO:

Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

EFHEMO

52) TOLERÂNCIA:

Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

TOLER

53) DEPENDÊNCIA:

Sim(1) Não(2) Não se aplica(8) Não informado(9)

DEPED

OUTROS: _____

APÊNDICE B - Formulário de pesquisa

PRÁTICA DO MANEJO DA DOR EM UTI-NEO (AVRN)

1)Serviço: _____

2)Nº. do prontuário _____

3)Data de nasc.: ___/___/___

4)Data da admissão na UTI-NEO: ___/___/___

5)Sexo: masc (1) fem (2) indeterminado (3) ignorado(9)

6)Idade gestacional: _____ (em sems.) ignorado (9)

7)Peso ao nascer: _____ (em gramas) ignorado (9)

8)APGAR 1º min: _____ ignorado (9)

9)APGAR 5º min: _____ ignorado (9)

10)Data da alta da UTI-NEO: ___/___/___ ignorado (9)

11)Tempo de permanência na UTI-NEO: _____ (em dias)
ignorado (9)

12)Óbito: sim (1) não (2) ignorado (9)

13)Data do óbito: ___/___/___
não se aplica(8) ignorado(9)

14)Tempo de sobrevida: _____ (em dias)

SERV

PRONT

NASC:

ADMIS:

SEXO

IDGEST

PESONAS

APG1

APG5

ALTA:

TEMPO

OBITO

DTOB:

SOBREV

não se aplica(8) ignorado (9)

- Diagnósticos registrados:

- 15) Prematuridade: sim (1) não (2)
- 16) SDR: sim (1) não (2)
- 17) TTRN: sim (1) não (2)
- 18) SAM: sim (1) não (2)
- 19) SAR: sim (1) não (2)
- 20) Pneumonia: sim (1) não (2)
- 21) Pneumotórax: sim (1) não (2)
- 22) Sepsis: sim (1) não (2)
- 23) Cardiopatia: sim (1) não (2)
- 24) Hipóxia: sim (1) não (2)
- 25) ECN: sim (1) não (2)
- 26) Malf. Cong.: sim (1) não (2)
- 27) Patol. Cirurg: sim (1) não (2)
- 28) Outras sim (1) não (2)

Qual? _____

PREMAT

SDR

TTRN

SAM

SAR

PNEUM

PNEUT

SEPSE

CARD

HIPOX

ECN

MALF

PATCIR

OUTROHD

• Situações:

29) IOT: sim (1) não (2) ignorado (9)
 Nº. de vezes: _____

Analgesia sistêmica: sim (1) não (2)
 não se aplica(8) ignorado (9)

30)VMA: sim (1) não (2) ignorado (9)
 Tempo: _____

Analgesia sistêmica: sim (1) não (2)
 não se aplica(8) ignorado (9)

31)VNI: sim (1) não (2) ignorado (9)
 Tempo: _____

Analgesia sistêmica: sim (1) não (2)
 não se aplica(8) ignorado (9)

32)Dren. Tórax: sim (1) não (2) ignorado (9)

Analgesia sistêmica: sim (1) não (2)
 não se aplica(8) ignorado (9)

33) ECN: sim (1) não (2) ignorado (9)

Analgesia sistêmica: sim (1) não (2)
 não se aplica(8) ignorado (9)

34) Pós-operatório: sim (1) não (2) ignorado (9)

Analgesia sistêmica: sim (1) não (2)
 não se aplica(8) ignorado (9)

35) Outras: sim (1) não (2) ignorado (9)

Qual ? _____

IOT

ANIOT

VMA

ANVMA

VNI

ANVNI

DRENT

ANDRET

ECNS

ANECN

POSOP

ANPOP

OUTRASIT

36) Utilização de alguma escala para avaliação da dor?
sim (1) não (2) ignorado (9)

ESCALA

- Escala utilizada:

37) NFCS: sim (1) não (2) não se aplica(8)

NFCS

38) NIPS: sim (1) não (2) não se aplica(8)

NIPS

39) PIPP: sim (1) não (2) não se aplica(8)

PIPP

40) Outras: sim (1) não (2) não se aplica(8)

OUTRAESC

- Analgésico utilizado:

41) opióide: sim (1) não (2)
ignorado (9)

OPIO

42) diazépínicico: sim (1) não (2)
ignorado (9)

DIAZ

43) opióide + diazépínicico: sim (1) não (2)
ignorado (9)

OPDIAZ

ANEXOS



ANEXO A - Instruções aos autores para submissão à Revista Paulista de Pediatria



Escopo e política

MISSÃO E POLÍTICA EDITORIAL

A **Revista Paulista de Pediatria** é a publicação científica da Sociedade de Pediatria de São Paulo, sendo indexada nas bases SciELO e LILACS. A missão da Revista é divulgar pesquisa de qualidade metodológica reconhecida, relacionada a temas que englobem a saúde da criança e do adolescente. Todos os artigos publicados na Revista obedecerão exclusivamente a critérios de mérito técnico-científico. A **Revista Paulista de Pediatria** aceita a submissão de artigos em português, inglês e espanhol.

PROCESSO DE REVISÃO

Cada artigo submetido é encaminhado a um dos editores, que verifica se o mesmo obedece aos padrões mínimos especificados nas normas de publicação. A seguir, o artigo é enviado a dois revisores, especialistas na área, cegos em relação à autoria do artigo a ser examinado, acompanhado de formulário específico para revisão. Uma vez feita esta revisão, os editores da Revista decidem se o artigo vai ser aceito sem modificações, se deve ser recusado ou se deve ser enviado aos autores para modificações e posterior reavaliação. Diante desta última opção, o artigo é reavaliado pelos editores e, se necessário, pelos revisores, para posterior decisão quanto à aceitação, recusa ou necessidade de novas modificações.

TIPOS DE ARTIGOS PUBLICADOS

Artigos originais: incluem estudos epidemiológicos, clínicos ou experimentais.

Relatos de casos: incluem artigos que relatam casos de pacientes portadores de doenças raras ou intervenções pouco frequentes ou inovadoras.

Artigos de revisão: análises críticas ou sistemáticas da literatura a respeito de um tema selecionado enviados, de forma espontânea, pelos autores.

Cartas ao editor: refletem o ponto de vista do missivista a respeito de outros artigos publicados na Revista.

Editoriais: em geral encomendados pelos editores, para discutir um tema ou algum artigo original controverso e/ou interessante e/ou de tema relevante, a ser publicado na Revista.

Forma e preparação de manuscritos

NORMAS GERAIS

O artigo deverá ser digitado em papel A4 (210x297mm), com margem de 25 mm em todas as margens, espaço duplo em todas as seções. Empregar fonte Times New Roman tamanho 11, páginas numeradas no canto superior direito (começar pela página de rosto) e processador de textos Microsoft Word[®]. Os manuscritos deverão conter, no máximo:

- Artigos originais: 3000 palavras (sem incluir: página de rosto, resumo, abstract, tabelas, gráficos, figuras e referências bibliográficas) e 35 referências.
- Revisões: 3500 palavras (sem incluir: página de rosto, resumo, abstract, tabelas, gráficos, figuras e referências bibliográficas) e 55 referências.
- Relatos de casos: 2000 palavras (sem incluir: página de rosto, resumo, abstract, tabelas, gráficos, figuras e referências bibliográficas) e 25 referências.

É obrigatório o envio de carta de submissão assinada por todos os autores. Nessa carta, os autores devem referir que o artigo é original, nunca foi publicado e não foi ou não será enviado a outra revista enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela **Revista Paulista de Pediatria**. Além disto, deve ser declarado na carta que todos os autores participaram da concepção do projeto e/ou análise dos dados obtidos e/ou da redação final do artigo e que todos concordam com a versão enviada para a publicação. Deve também citar que não foram omitidas informações a respeito de financiamentos para a pesquisa ou de ligação com pessoas ou companhias que possam ter interesse nos dados abordados pelo artigo.

Transferência de direitos autorais: no momento da aceitação do manuscrito para publicação na Revista Paulista de Pediatria, todos os autores devem assinar formulário disponível em <http://www.spsp.org.br>, no qual os autores reconhecem que, a partir desse momento, a Associação de Pediatria de São Paulo passa a ser detentora dos direitos autorais do manuscrito. O artigo só será publicado após a chegada à secretaria editorial da Revista desse formulário com as assinaturas de todos os autores

Para artigos originais, anexar uma cópia da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizada a pesquisa. A **Revista Paulista de Pediatria** adota a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que aprovou as “Novas Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos” (DOU 1996 Out 16: n°201. seção 1:21082-21085). Somente

serão aceitos os trabalhos elaborados de acordo com estas normas. Para relato de casos também é necessário enviar a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e, se houver possibilidade de identificação do paciente, enviar cópia do consentimento do responsável para divulgação científica do caso clínico. Para revisões da literatura, não há necessidade desta aprovação.

A **Revista Paulista de Pediatria** não se responsabiliza pelo eventual extravio dos originais. Os autores devem ter consigo uma cópia do manuscrito original, enquanto o artigo estiver sendo considerado para a publicação pela Revista.

NORMAS DETALHADAS

O conteúdo completo do artigo original deve obedecer aos “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (disponível em <http://www.icmje.org/>). Cada uma das seguintes seções deve ser iniciada em uma nova página: página de rosto; resumo e palavras-chave em português; *abstract e key-words*; texto; agradecimentos e referências bibliográficas. As tabelas e figuras devem ser numeradas em algarismos arábicos e colocadas ao final do texto. Cada tabela e/ou figura deve conter o título e as notas de rodapé. Cada tabela e/ou figura deverá estar em uma página separada.

PÁGINA DE ROSTO:

Formatar com os seguintes itens:

- Título do artigo em português (evitar abreviaturas)
- Título do artigo em inglês
- Nome COMPLETO de cada um dos autores acompanhado de titulação mais importante de cada autor e a instituição de ensino, pesquisa ou assistência à qual pertence.
- Autor correspondente: definir o autor correspondente e colocar endereço completo (endereço com CEP, telefone, fax e, obrigatoriamente, endereço eletrônico).
- Instituição: declarar a instituição de ensino, pesquisa ou assistência na qual o trabalho foi realizado.
- Declaração de conflito de interesse: descrever qualquer ligação de qualquer um dos autores com empresas e companhias que possam ter qualquer interesse na divulgação do manuscrito submetido à publicação. Se não houver nenhum conflito de interesse, escrever “nada a declarar”.
- Fonte financiadora do projeto: descrever se o trabalho recebeu apoio financeiro, qual a fonte (por extenso) e o número do processo.
- Número total de palavras: no texto (excluir página de rosto, resumo, abstract, agradecimento, referências,

tabelas, gráficos e figuras), no resumo e no abstract. Colocar também o número total de tabelas, gráficos e figuras e o número de referências.

RESUMO E ABSTRACT:

Cada um deve ter, no máximo, 250 palavras. Não usar abreviaturas. Eles devem ser estruturados de acordo com as seguintes orientações:

- Resumo de artigo original: deve conter as seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões (*Abstract: Objective, Methods, Results and Conclusions*).
- Resumo de artigos de revisão: deve conter as seções: Objetivo, Fontes de dados, Síntese dos dados e Conclusões (*Abstract: Objective, Data source, Data synthesis and Conclusions*).
- Resumo de relato de casos: deve conter as seções: Objetivo, Descrição do caso e Comentários (*Abstract: Objective, Case description and Comments*).

Para o abstract, é importante obedecer às regras gramaticais da língua inglesa. Deve ser feito por alguém fluente em inglês.

PALAVRAS-CHAVE E KEY-WORDS:

Fornecer, abaixo do resumo em português e inglês, 3 a 6 descritores, que auxiliarão a inclusão adequada do resumo nos bancos de dados bibliográficos. Empregar exclusivamente descritores da lista de “Descritores em Ciências da Saúde” elaborada pela BIREME e disponível no site <http://decs.bvs.br/>. Esta lista mostra os termos correspondentes em português e inglês.

TEXTO:

Artigo original: dividido em introdução (sucinta com 4 a 6 parágrafos, apenas para justificar o trabalho e contendo no final os objetivos); método (especificar o delineamento do estudo, descrever a população estudada e os métodos de seleção, definir os procedimentos empregados, detalhar o método estatístico. É obrigatória a declaração da aprovação dos procedimentos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição); resultados (claros e objetivos – o autor não deve repetir as informações contidas em tabelas e gráficos no corpo de texto); discussão (interpretar os resultados e comparar com os dados de literatura, enfatizando os aspectos importantes do estudo e suas implicações, bem como as suas limitações - finalizar esta seção com as conclusões pertinentes aos objetivos do estudo).

Artigos de revisão: não obedecem a um esquema rígido de seções, mas sugere-se que tenham uma introdução para enfatizar a importância do tema, a revisão propriamente dita, seguida por comentários e, quando pertinente, por recomendações.

Relatos de casos: divididos em introdução (sucinta com 3 a 5 parágrafos, para ressaltar o que é conhecido da doença ou do procedimento em questão); descrição do caso propriamente dito (não colocar dados que possam identificar o paciente) e discussão (na qual é feita a comparação com outros casos da literatura e a perspectiva inovadora ou relevante do caso em questão).

AGRADECIMENTOS:

Agradecer de forma sucinta a pessoas ou instituições que contribuíram para o estudo, mas que não são autores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

No corpo do texto: Devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto. As referências no corpo do texto devem ser identificadas por algarismos arábicos entre parênteses sobrescritos.

No final do texto (lista de referências): Devem seguir o estilo preconizado no “*International Committee of Medical Journal Editors Uniform Requirements*” e disponível em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html, conforme os exemplos a seguir.

1. Artigos em Periódicos

Até 6 autores: listar todos os autores:

Jih WK, Lett SM, des Vignes FN, Garrison KM, Sipe PL, Marchant CD. The increasing incidence of pertussis in Massachusetts adolescents and adults, 1989-1998. *Infect Dis* 2000;182:1409-16.

Mais do que 6 autores:

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK *et al.* Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res* 2002;935:40-6.

Grupos de pesquisa:

a. *Sem autor definido:*

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension* 2002;40:679-86.

b. *Com autor definido:*

Vallancien G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar RJ; Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. *J Urol* 2003;169:2257-61.

Sem autores:

Autoria não referida. 21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ* 2002;325:184.

Volume com suplemento:

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. *Headache* 2002;42 Suppl 2:S93-9.

Artigo publicado eletronicamente, antes da versão impressa:

Yu WM, Hawley TS, Hawley RG, Qu CK. Immortalization of yolk sac-derived precursor cells. *Blood*; Epub 2002 Jul 5.

Artigos aceitos para a publicação ainda no prelo:

Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. *Proc Natl Acad Sci U S A*. In press 2002.

Artigos em português:

Seguir o estilo acima, na língua portuguesa.

2. Livros e Outras Monografias

Livros:

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. *Operative obstetrics*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

Obs: se 1^a edição, não é necessário citar a edição.

Capítulos de livros:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Obs: se 1^a edição, não é necessário citar a edição.

Conferência publicada em anais de Congressos:

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. *Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming*; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. p. 182-91.

Resumos publicados em anais de Congressos:

Blank D, Grassi PR, Schlindwein RS, Melo JL, Eckhert GE. The growing threat of injury and violence against youths in southern Brazil: a ten year analysis. *Abstracts of the Second World Conference on Injury Control*; 1993 May 20-23; Atlanta, USA . p. 137-8.

Teses de mestrado ou doutorado:

Afiune JY. Avaliação ecocardiográfica evolutiva de recém-nascidos pré-termo, do nascimento até o termo [tese de mestrado]. São Paulo (SP): USP; 2000.

3. Outros materiais publicados

Artigos em jornais, boletins e outros meios de divulgação

escrita:

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post 2002 Aug 12. p. 1.

Leis, portarias e recomendações:

Brasil - Ministério da Saúde. Recursos humanos e material mínimo para assistência ao RN na sala de parto. Portaria SAS/MS 96, 1994.

Brasil - Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde - área técnica de saúde da mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Obs: se o material for disponível na internet, colocar Disponível em: <http://www....>

4. Material Eletrônico

Artigo de periódico eletrônico:

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002;102(6) [cited 2002 Aug 12]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

Monografia na internet ou livro eletrônico:

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

Homepage/web site:

Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.

Parte de uma homepage ou de um site:

American Medical Association [homepage on the Internet]. AMA Office of Group Practice Liaison [cited 2002 Aug 12]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>
Brasil - Ministério da Saúde – DATASUS [homepage na Internet]. Informações de Saúde- Estatísticas Vitais- Mortalidade e Nascidos Vivos: nascidos vivos desde 1994 [citado em Fevereiro 10, 2007]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

Observação: Comunicações pessoais não devem ser citadas como referências.

TABELAS:

Cada tabela deve estar em folha separada, numerada na ordem de aparecimento no texto e conter um título. As explicações devem

estar no rodapé da tabela e não no título. Não usar qualquer espaço do lado do símbolo \pm . Digitar as tabelas no processador de textos Word, usando linhas e colunas – não separar colunas como marcas de tabulação. Não importar tabelas do Excel ou do Powerpoint.

GRÁFICOS:

Numerar os gráficos de acordo com a ordem de aparecimento no texto e colocar um título abaixo do mesmo. Os gráficos devem ser sempre em duas dimensões, em branco/preto (não usar cores) e feitos em PowerPoint. Mandar em arquivo ppt separado do texto: não importar os gráficos para o texto. A **Revista Paulista de Pediatria** não aceita gráficos escaneados.

FIGURAS:

As figuras devem ser numeradas na ordem de aparecimento do texto. As explicações devem constar da legenda (mandar legenda junto com o arquivo de texto do manuscrito, em página separada). Figuras reproduzidas de outras fontes devem indicar esta condição na legenda e devem ter a permissão por escrita da fonte para sua reprodução. A obtenção da permissão para reprodução das imagens é de inteira responsabilidade do autor. Para fotos de pacientes, estas não devem permitir a identificação do indivíduo – caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatória carta de consentimento assinada pelo indivíduo fotografado ou de seu responsável, liberando a divulgação do material. Imagens geradas em computador devem ser anexadas nos formatos .jpg, .gif ou .tif, com resolução mínima de 300 dpi, em arquivo separado (não importar para o texto). Pode-se também enviar a figura em papel e, nesse caso, a **Revista Paulista de Pediatria** não se responsabiliza pelo eventual extravio, devendo o autor manter em seu arquivo o original da figura. A **Revista Paulista de Pediatria** não aceita figuras escaneadas.

Envio de manuscritos

1. Manuscrito completo: uma cópia em papel e disquete por correio ou por e-mail como arquivo anexo em Word (acompanhado, se necessário, por arquivos com os gráficos e/ou figuras).
2. Carta de submissão com a assinatura de todos os autores – enviar via correio.
3. Cópia da aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa – enviar via correio.
4. Formulário assinado por todos os autores para transferência dos direitos autorais – enviar via correio assim que o artigo for

aceito para publicação.

Observação: O trabalho aceito só será publicado após o recebimento da carta de submissão e do formulário de transferência de direitos autorais assinados por todos os autores e da cópia da sua aprovação pelo Comitê de Ética.

Endereços:

Correio: SPSP: Al. Santos 211, 5º andar, CEP 01419-000, São Paulo, SP.

E-mail: spsp@spsp.org.br ou paloma@spsp.org.br

[[Home](#)] [[Sobre esta revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]

© 2009 Associação Paulista de Pediatria

Alameda Santos 211 - 5º andar
01419-000 São Paulo SP Brasil
Tel./Fax: +55 11 3284-0308; 3289-9809; 3284-0051



pediatria@spsp.org.br

ANEXO B - Instruções aos autores para submissão à Swiss Medical Weekly



The European Journal of Medical Sciences

Guidelines

for

authors

The Swiss Medical Weekly accepts for consideration previously unpublished original articles from all fields of medicine. In addition to clinical topics, manuscripts dealing with basic medical science are welcome if they are of (1) general and (2) clinical interest.

Prior to publication, *all* manuscripts, with the exception of Editorials and Letters to the Editors, undergo peer review. The Editorial Board may decline a paper on the basis of internal review and rapidly return the manuscript, usually within three weeks.

The guidelines for authors are based on the guidelines published by the International Committee of Medical Journal Editors (Uniform Requirements: see www.icmje.org).

Categories of manuscripts:

- Original clinical articles / original articles on clinical investigation and experimental medicine. Original articles can also be submitted as “Short communications” or as “Rapid publications” (see below).
- Basic science in medicine (by invitation only).
- Reviews (after prior consultation with the Editorial Board only). Authors of reviews should have actively participated in the research of the topic of a review article and have a specific personal experience.
- Editorials (by invitation only).
- Correspondence.

The submission of case reports is discouraged. Novel observations including new laboratory findings or therapeutic approaches can be submitted as short communications.

General issues

Authorship / redundant or duplicate publication / financial support

Authorship credit should be based only on (1) substantial contributions to conception and design, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data; (2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content; and (3) final approval of the version to be published. Conditions 1, 2, and 3 must all be met. Acquisition of funding, the collection of data, or general supervision of the research group, by themselves, do not justify authorship, nor does the fact of being in sole charge of the clinic or department in which the article was prepared. Such contributions should be listed as acknowledgements. In view of these requirements, more than six authors will be listed only in exceptional cases.

All authors must sign the [“Author's form”](#). Authors will be asked to submit the author's forms during the online submission process. By their signature the authors will also have to certify that neither this manuscript, nor any other with substantially similar content by one or more of the same authors, has been published, accepted or is currently being assessed by another journal with a view to publication. Publications partly duplicating

material in the submitted paper should be enclosed during the submission process.

Outside financial support or other financial or personal relationships in connection with the submitted manuscript should be indicated in the author's form and in a footnote on the title page of the manuscript.

Obligation to register clinical trials

We encourage the registration of all interventional trials, whether early or late phase, in a primary register that participates in WHO's International Clinical Trial Registry Platform (<http://www.who.int/ictrp/en/index.html>). The registry must be independent of for-profit interest. Please include the trial registration number and the name of the trial registry at the end of the abstract. This policy applies to any clinical trial starting enrolment after October 1, 2007. Authors will be asked to include the trial registration number and the name of the trial registry during the online submission process.

Ethics

Human and animal studies require approval by ethics committees. When reporting experiments on human subjects, indicate in the "Methods" section whether the procedures followed were in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation (institutional or regional) and with the Helsinki Declaration.

Protection of patients' rights to privacy

Patients have a right to privacy that should not be infringed without informed consent. Identifying information, including patients' names, initials, or hospital numbers, should not be published in written descriptions, photographs, and pedigrees unless the information is essential for scientific purposes and the patient (or parent or guardian) gives written informed consent for publication. Informed consent for this purpose requires that a patient who is identifiable be shown the manuscript to be published. Identifying details should be omitted if they are not essential. Complete anonymity is difficult to achieve, however, and informed consent should be obtained if there is any doubt. For example, masking the eye region in photographs of patients is inadequate protection of anonymity. Authors should disclose to these patients that the material will be available via the Internet after publication. An informed consent form may be obtained from the publisher.

Rapid publication

If authors feel that for reasons of general or public interest their manuscript requires more expeditious publication and quick processing through peer review, they may inform the Editorial Board during the online submission process indicating:

- the reasons the authors think the manuscript should be published immediately;
- the question(s) addressed by the study;
- the results obtained;
- the implications of the findings.

Upon receipt of such a request a member of the Editorial Board will contact the authors and negotiate the submission. SMW will review the manuscript within 4 weeks of submission and publish it within 6 weeks of acceptance of the final version.

Requirements for submission of manuscripts

Contributions must be written in English. The complete manuscript must be submitted to the publisher [in electronic form](#).

Original papers (clinical or experimental)

As a rule, their length should not exceed 14 manuscript pages (about 2200 characters per page), including illustrations, tables, references, summary and key words. Original papers should be organised according to the conventional pattern:

- Title page (date of draft, place of origin, hospital or institute; title; running title; authors; exact address for correspondence including phone and fax number and e-mail address; details of financial support, national fund, etc.).
- Summary with 3–10 key words. The summary should not exceed 250 words and should be divided into four sections: questions under study/principles, methods, results, and conclusions.
- Introduction with statement of the problems addressed.
- Patients or observation material and methods (incl. statistical methods); where applicable, compliance with standards of ethics committee; informed consent of the patients.
- Results.
- Discussion.
- References.
- Tables; figure legends; figures.

Short

communications

Short communications should not exceed 5 pages (about 2200 characters per page), including abstract, key words, references, figure legends, and tables. The results and discussion section may be combined.

Editorials

Editorials should not exceed 4 pages in length (about 2200 characters per page). Summaries are not necessary but a list of not more than 10 references should be included.

Reviews

We expect authors of Reviews to be experienced and acknowledged in the relevant field. Reviews should include a summary covering all essential points and a list of references. Reviews should not exceed 15 pages (about 2200 characters per page). For the submission of reviews we recommend authors to contact the editors' office by e-mail [[office](#)] at an early stage of manuscript preparation.

Letters

to

the

Editor

Letters should not exceed two pages, including illustrations, references, and tables.

Preparation

of

manuscript

Manuscripts should be prepared and [submitted in electronic form](#) using a standard word processor.

Abbreviations

Customary abbreviations (e.g. ACTH, ECG) are permitted. All other abbreviations should be used sparingly and an alphabetic list of abbreviations with explanations should be supplied. Abbreviations that are used only once should be avoided. Always use SI units. Results in other units may be added in parentheses.

Tables

and

figures

Tables and figures should be commented upon in the text and their position marked at

the appropriate point. In the case of figures and tables from other publications, the source must be stated and copyright agreements provided. Lengthy tables should be avoided. Tables should be provided with captions, numbered consecutively and each reproduced on a separate page of the manuscript (not as a separate file!). The editor, on accepting a paper, may recommend that additional tables containing important backup data too extensive to publish be published on the SMW website. In that event an appropriate statement will be added to the text. Submit such tables for consideration with the paper. Figures should each be submitted with a legend on a separate manuscript page. Captions should be formulated so as to allow the figure to be understood without reference to the text. All abbreviations employed should be explained in the caption if not already included in the list of abbreviations. The figure should be imported using the jpeg format or tif (300 lpi) or eps format not exceeding a file size of 2 MB. With critical material we may request higher resolution illustrations during the review process. Upon acceptance of a manuscript we will negotiate with the authors the final submission of figures and photographs, either as high resolution files or glossy prints or slides. Colour illustrations are accepted at no extra page charge.

If a figure or a table has been published before, the original source should be acknowledged accompanied by written permission from the copyright holder for reproduction of the material.

References

The list of references should be arranged and numbered in order of appearance in the text, not alphabetically. The appropriate number should be inserted in brackets [] in the text. The full titles of the quoted publications should be listed. List the first six authors followed by "et al.". Examples:

- 1 Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med.* 2002; 347(4):284–7.
- 2 Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. *Operative obstetrics.* 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.
- 3 Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: www.cancer-pain.org.

A full list of examples can be found at the National Library of Medicine website: www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Copyright

The copyright in the accepted article is transferred to Swiss Medical Publishers Ltd., Basel, for the duration of the statutory copyright term. The Publishers thereby acquire the right to use the article an unlimited number of times, to adapt it (e.g. for the purpose of abstracts), to translate it, duplicate it, communicate it, make further use of it, publish or distribute it, in any form and via any medium (including the Internet) and to grant free of charge to the author himself, to third parties and to the general public the corresponding rights of use, adaptation etc. (open access publication). The authors consent to the transfer of copyright.

All manuscripts should be submitted online: [SMW Editorial Manager website](#)



[Author's form \(PDF\)](#)

ANEXO C - Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Hospital Agamenon Magalhães



**SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Recife, 27 março de 2008

Prezada Investigadora

Informamos a Vsa., que foi aprovado na reunião do dia 26/03/2008, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães, o projeto de pesquisa, **“PRÁTICAS REFERIDAS E UTILIZADAS PELOS MÉDICOS NO MANEJO DA DOR EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DO RECIFE”**, conforme normas para pesquisa, envolvendo seres humanos resolução 196/96.

Atenciosamente,



Maria Aparecida Torres de Lacerda
Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa - HAM

ANEXO D - Folha de Rosto do projeto de pesquisa

Planos de Saúde - Servidor

Page 1 of 1



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 181962	
Projeto de Pesquisa PRÁTICAS REFERIDAS E UTILIZADAS PELOS MÉDICOS NO MANEJO DA DOR EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DO RECIFE					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.01 - Medicina - Preve.			Grupo Grupo III	Nível Prevenção	
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos Dor, recém-nascido, médico					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 120	Total Brasil 1000	Nº de Sujeitos Total 100000	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Especifico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Alessandra Costa de Azevedo Maia		CPF 023.788.224-80	Identidade 595985 SDS/PE		
Área de Especialização NEONATOLOGIA		Maior Titulação PEDIATRIA	Nacionalidade BRASILEIRA		
Endereço RUA AMÉLIA, 330/701		Bairro GRAÇAS	Cidade RECIFE - PE		
Código Postal 52011-050	Telefone / 32413995	Fax	Email doca_maia@yahoo.com.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.					
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.					
Data: 18/03/08				Assinatura <i>Alessandra Maia</i>	
Instituição Onde Será Realizado					
Nome Hospital Agamenon Magalhães/Recife - PE		CNPJ 09.794.975/0224-25	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão Unidade Neonatal		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Estrada do Arraial 2723		Bairro Casa Amarela	Cidade Recife - PE		
Código Postal 52051-380	Telefone 81 32671611	Fax 81 32671611	Email cephpeam@bol.com.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: <i>Maria Clara Pereira Gey</i>				Assinatura <i>Dra. Maria P. Comps</i>	
Data: 19/03/2008				CRM - 10701 MAT. 2-7762-7	

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 17/03/2008. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

[Voltar](#)

IMPRIMIR

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)