

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE MEDICINA

TAIANA MARA ROMA

**PERCEPÇÃO E ATITUDE DE PAIS DIANTE DA DOR DO FILHO RECÉM-  
NASCIDO INTERNADO EM UNIDADE NEONATAL**

São Luís

2018

**PERCEPÇÃO E ATITUDE DE PAIS DIANTE DA DOR DO FILHO RECÉM-  
NASCIDO INTERNADO EM UNIDADE NEONATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal do Maranhão como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy

São Luís

2018

Roma, Taiana Mara.

Percepção e atitude de pais diante da dor do filho recém-nascido internado em unidade neonatal. / Taiana Mara Roma. — São Luís, 2018.

65 p.

Orientadora: Zeni Carvalho Lamy.

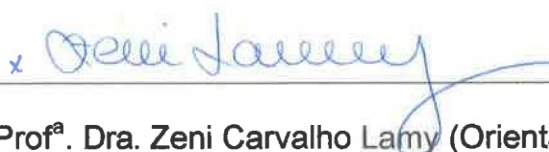
Monografia (Graduação) – Universidade Federal do Maranhão, Curso de Medicina, 2018.

TAIANA MARA ROMA

PERCEPÇÃO E ATITUDE DE PAIS DIANTE DA DOR DO FILHO RECÉM-  
NASCIDO INTERNADO EM UNIDADE NEONATAL

Aprovado em 28 / 03 / 2018

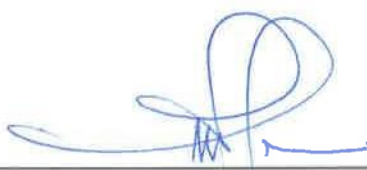
BANCA EXAMINADORA



Prof<sup>a</sup>. Dra. Zeni Carvalho Lamy (Orientadora)



Prof<sup>o</sup>. Dr. João Batista Santos Garcia



Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves



Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria da Graça Mouchrek Jaldin

Dedico este trabalho a todos os pais e mães que conviveram com esta batalha diária que é ter seu filho, recém-nascido, admitido em um ambiente em cuidados intensivos e, em especial, aos que participaram desta pesquisa, empenhando-se em de todas as etapas.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, pois sempre tive Seus braços para me acolher em todos os momentos da minha vida. Não poderia deixar ainda de agradecer a meus pais, pelos sacrifícios e renúncias diárias a que se expuseram, não apenas em prol da realização dos meus sonhos, como também pela concretização dos sonhos de meus irmãos, Ruan e Renan. Vocês são meus exemplos de seres-humanos. Em específico, gostaria de agradecer a meu pai pela força, sabedoria e palavra certa em todos os momentos. Ouvir aquele “pode ir, que o pai está por trás” sempre foi o gatilho das minhas decisões. A minha mãe, sempre tão doce e carinhosa, agradeço pela imensa renúncia, por ter suportado esses anos longe com tamanha delicadeza e com colo aconchegante quando mais precisamos. Agradeço ainda ao meu irmão Ruan por ter sido meu exemplo em todos esses anos. Você é meu espelho de médico e ser humano. Ao meu irmão mais novo, Renan, meu muito obrigada por sempre me ouvir, aconselhar, estar ao meu lado. Figura singular que, mesmo estando longe, sempre foi minha base.

Não poderia deixar de mencionar, em meus agradecimentos, meus avós, minha gênese familiar. Vô Roma, Vó Luiza, Vô Pedro e Vó Alice, meus mais sinceros agradecimentos. Outrossim, gostaria de agradecer minha avó Luiza pela firmeza de caráter e fé que sempre me serviram como exemplo.

Aproveito para agradecer, ainda, a todos os demais membros da família que sempre estiveram presentes nessa árdua jornada.

Afora a família por determinação genética, não poderia esquecer àquela que Deus me concedeu. Meus mais sinceros agradecimentos ao meu noivo, João Victor, figura essencial nesses meus últimos três anos de vida. Agradeço por ter sido minha família, por ter me amparado em todos os minutos de minha trajetória. Você é essencial para mim e agradeço diariamente a Deus por tê-lo concedido em minha vida.

Gostaria de agradecer também a toda família Cunha que, nesses últimos três anos, tornou-se minha família. Em especial, Jacqueline, Beto, Marlene, Nilton, Tici e Vevé.

E, não menos importante, agradeço àqueles que me orientaram e proporcionaram a concretização desse trabalho. À Prof<sup>a</sup> Dra. Zeni Carvalho Lamy e ao Prof. Dr. Fernando Lamy Filho, meu muito obrigada pelos anos de pesquisa juntos, por todo aprendizado, tanto dentro do meio acadêmico, quanto fora deste. Obrigada por todos os conselhos e pela dedicação em nossos projetos.

*“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor,  
mas lutei para que o melhor fosse feito. Não  
sou o que deveria ser, mas Graças a Deus,  
não sou o que era antes”.*

*(Marthin Luther King)*



# PERCEPÇÃO E ATITUDE DE PAIS DIANTE DA DOR DO FILHO RECÉM-NASCIDO INTERNADO EM UNIDADE NEONATAL

## RESUMO

**Introdução:** Em neonatos, a incapacidade em expressar verbalmente a dor é um desafio para a medição da mesma fazendo com que estes dependam de instrumentos para avaliação. Porém, em nenhum destes há participação dos pais. Diante dessa evidência, pretendeu-se mostrar como os pais de crianças internadas em UTIN percebem a dor em seus filhos. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa do tipo exploratória, realizada em um hospital de referência em cuidado neonatal. A análise das entrevistas deu-se a partir da análise temática. Foram realizadas 20 entrevistas com pais de recém-nascidos admitidos na UTIN. **Resultados:** Os dados demonstram que os pais percebem a dor em seus filhos e a relacionam a comportamentos do bebê, procedimentos dolorosos e condição clínica. Quanto à atitude desses pais diante da dor, alguns citam cuidados, outros, fuga e, um terceiro grupo, relatou pedir ajuda aos profissionais. **Conclusão:** Os resultados obtidos nessa pesquisa nos permitem inferir que pais de neonatos admitidos em UTIN possuem um elevado grau de percepção da dor de seus bebês. Quanto à atuação dos pais, percebeu-se tanto a intervenção, quanto a fuga. É necessário que a equipe incentive esses familiares a fim de que assumam uma postura ativa diante da percepção da dor em seus RN.

**Palavras-chave:** Percepção da dor, Interação Pais-Filho, UTI Neonatal

# PERCEPTION AND ATTITUDE OF PARENTS THROUGH THE PAIN OF THE NEWBORN CHILD INSIDE IN NEONATAL UNIT

## ***ABSTRACT***

**Introduction:** Regarding the new-borns, there is an incapability to verbally express pain which creates a challenge to measure itself. This fact results in the use of tools as the only approach to achieve any evaluation. However, there is no participation of the parents on those tools. Faced with this situation, this study investigates how the parents of the hospitalized children in the UTIN react to the pain of their children.

**Methodology:** Qualitative research in exploratory model performed in a renowned hospital to new-born care. The interview analysis was conducted by the thematic analysis. It was executed 20 interviews with parents of new-borns who were admitted at the UTIN.

**Results:** the data shows that the parents understand the pain on their children and they relate it to the new-borns behaviour, painful procedure and clinical condition. Regarding the behaviour of the parents, some of them tend to take care, others to escape and a third group to ask for professional help.

**Conclusion:** the results collected in this research show that the parents of new-borns in the UTIN have a high degree of perception of their children's pain. About the parent's behaviour, it was showed intervention and escape. It is necessary that the hospital staff encourages these families in order to develop a natural initiative about its children's reaction to pain in RN.

**Keywords:** Perception of pain, Parent-Child relationship, UTI Neonatal

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1.INTRODUÇÃO.....</b>                                  | <b>12</b> |
| <b>2. OBJETIVOS.....</b>                                  | <b>15</b> |
| 2.1 OBJETIVO GERAL.....                                   | 15        |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....                           | 15        |
| <b>3. METODOLOGIA .....</b>                               | <b>16</b> |
| 3.1 CLASSIFICAÇÃO DO ESTUDO.....                          | 16        |
| 3.2 LOCAL DO ESTUDO .....                                 | 16        |
| 3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....                              | 17        |
| 3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....                          | 17        |
| 3.5 COLETA DE DADOS .....                                 | 18        |
| 3.6 ANÁLISE DE DADOS .....                                | 18        |
| <b>4.RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>                      | <b>20</b> |
| <b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                      | <b>46</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>                                  | <b>48</b> |
| <b>APÊNDICES.....</b>                                     | <b>52</b> |
| APÊNDICE I – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA..... | 53        |
| APÊNDICE II – FIGURA 1 .....                              | 55        |
| APÊNDICE III – QUADRO 1 .....                             | 56        |
| APÊNDICE IV – QUADRO 2 .....                              | 57        |
| APÊNDICE V – QUADRO 3.....                                | 58        |
| APÊNDICE VI – QUADRO 4 .....                              | 59        |
| <b>ANEXOS .....</b>                                       | <b>60</b> |
| ANEXO I – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO.....                   | 61        |
| ANEXO II – ROTEIRO DA ENTREVSTA SEMIESTRUTURADA.....      | 62        |
| ANEXO III – TCLE.....                                     | 63        |
| ANEXO IV – NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO .....          | 64        |

## 1.INTRODUÇÃO

Os recém-nascidos (RN), mesmo os pré-termos com morbidades que necessitem de internação, emitem sinais não verbais de comunicação. Em estudo sobre essas formas de comunicação, Wanderley et al. (2010) citou o mover das mãos, meneio da cabeça, mover os olhos, choro e murmúrios vocais. Segundo este, RN expostos a situações de estresse emocional tendem a se comunicar de forma mais intensa, seja de modo verbal ou não.

As formas de comunicação não verbal expressas pelos RN são reconhecidas pelos pais que, muitas vezes, procuram responde-las (FARIAS et al., 2009). Dentre estas, as mais citadas são expressão facial e movimento corporal (MESQUITA, 2010). Segundo Reichert, Lins e Collet (2009), a comunicação não verbal permite maior interação entre pais e filhos, bem como melhora o desenvolvimento do neonato.

Os pais percebem as tentativas de comunicação dos filhos e a estas conferem um sentido (MALDONADO, 2008). Em estudo sobre a “Percepção dos pais em relação aos filhos hospitalizados”, Carmona et al. (2014) citou que os pais - mediados pela comunicação não verbal - percebem dor, necessidades fisiológicas, fome e sono em seus bebês. Para os autores, a maioria dos pais citou a comunicação não verbal como uma forma de compreender a dor de seus filhos no ambiente hospitalar.

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor, a dor é uma experiência de caráter universal, ocorrendo todas as vezes em que há uma agressão, seja ela física, química, mecânica ou psíquica. É uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real, potencial ou descrita nos termos dessa lesão (VERONEZ; CORRÊA, 2010).

Em crianças, a resposta ao estímulo algico é condicionada por uma série de fatores, dentre eles: idade, sexo, experiências dolorosas prévias, aprendizado, cultura, relações familiares e repercussões da dor na sua rotina (se poderá comparecer a escola, brincar e praticar esportes). Não obstante, é relevante a influência do nível

cognitivo da criança, fato este que modulará a resposta e a percepção diante deste estímulo (LEITÃO; CACCIARI, 2017).

Segundo a Direção Geral de Saúde de Portugal (2012), o auto relato em crianças acima de três anos é padrão-ouro para diagnóstico e acompanhamento da dor nessa idade. Além disso, pode ser utilizado por seus pais e cuidadores na percepção de dor nessa faixa etária. Algumas escalas de intensidade são bastante utilizadas, como a Escala de faces de Wong-Baker (acima de três anos) e a Faces Pain Scale (acima de quatro anos). Além das citadas, acima de seis anos, podem ser usadas a EVA (Escala Visual Analógica) e a EN (Escala Numérica) (LELIS et al., 2014).

Entretanto, a incapacidade do prematuro e do lactente gravemente doentes expressarem verbalmente sua dor é um desafio para a mensuração, fazendo com que os profissionais dependam da utilização de instrumentos para sua avaliação e controle (COSTA, 2015).

Em lactentes, o sistema nociceptor encontra-se formado, porém as respostas destes aos estímulos dolorosos são inespecíficas e desorganizadas (OLIVEIRA et al., 2011). Nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, os bebês prematuros e neonatos gravemente doentes são comumente expostos a múltiplos eventos estressantes ou dolorosos, resultando em desorganização fisiológica e comportamental (AQUINO; CHRISTOFFEL, 2012).

Os métodos atuais de validação de dor em lactentes e prematuros incluem o uso das escalas EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né), referência para Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (BATALHA; SANTOS; GUIMARÃES, 2013); NIPS (Neonatal Infant Pain Scale), apropriada para prematuros e RN de termo; PIPP (Premature Infant Pain Profile) (GADELHA, 2013), que avalia a dor em procedimentos; e, N-PASS (Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale), para RN em ventilação assistida (HILLMAN et al., 2017).

Entretanto, em nenhuma das formas de avaliação da dor - elencadas para RN admitidos em UTIN - há participação dos pais. A contribuição destes na identificação e conduta frente à dor de seus filhos é fundamental, e pode tornar os procedimentos

antiálgicos mais efetivos (BENCZIK, 2011). Diante desta evidência, considerou-se essencial identificar a percepção dos pais e mães sobre a dor de seus filhos recém-nascidos internados em Unidade Neonatal, a fim de minimizar e controlar o estímulo álgico da forma mais eficaz possível.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

✓ Avaliar percepção e atitude dos pais em relação à dor de seus filhos recém-nascidos internados em Unidade Neonatal.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ Caracterizar o perfil sociodemográfico dos entrevistados;
- ✓ Identificar as características perinatais e de morbidade do recém-nascido;
- ✓ Avaliar a percepção dos pais sobre a dor no recém-nascido;
- ✓ Conhecer a atitude dos pais diante da identificação da dor no recém-nascido.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 CLASSIFICAÇÃO DO ESTUDO**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória, considerando a natureza do objeto a ser investigado. Este tipo de pesquisa, segundo Minayo (2010), preocupa-se com a maneira como as pessoas se expressam e falam sobre o que é importante para elas, assim como a percepção de suas ações e a dos outros. Segundo Minayo (2010), a pesquisa qualitativa busca a obtenção de dados descritivos, através do contato direto e interativo do pesquisador com o entrevistado e abrange um conjunto de técnicas interpretativas que têm como objetivo descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados, a partir da perspectiva dos participantes da situação estudada.

#### **3.2 LOCAL DO ESTUDO**

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário Unidade Materno Infantil (HUUMI) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), considerando que se trata de um hospital de ensino que oferece serviços de alta complexidade e configura-se como referencial de assistência para acadêmicos e profissionais. Sendo assim, a pesquisa influenciou na construção de conhecimentos e práticas de saúde voltados para a atenção à saúde do RN exposto aos estímulos dolorosos.



### **3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO**

Foram incluídos na pesquisa, pais e mães de bebês internados na UTIN e Unidade Intermediária do HUUFMA que aceitaram participar da pesquisa.

### **3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

Para realizar a parte qualitativa da presente pesquisa, utilizou-se a técnica de entrevistas semiestruturadas, aplicadas aos pais. Os instrumentos para as entrevistas foram: o questionário estruturado quantitativo (ANEXO I) e o roteiro de entrevistas (ANEXO II).

O primeiro instrumento utilizado foi o questionário estruturado. Este contou com perguntas fechadas e foi aplicado individualmente, antes da entrevista semiestruturada, visando captar aspectos sociodemográficos dos sujeitos do estudo.

O segundo instrumento utilizado foi a entrevista semi-estruturada. Esta foi realizada a partir de um roteiro com perguntas abertas que, segundo Minayo (2010), permite ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador e, ao entrevistador, realizar perguntas a partir de tópicos definidos previamente que levem a uma maior compreensão do objeto de estudo.

Nas entrevistas, foram abordadas questões relativas à percepção dos pais em relação aos cuidados recebidos pelo RN na UTIN, e à atuação da equipe em situações de dor, assim como o seu reconhecimento e atuação diante da dor do filho internado em UTIN. As entrevistas foram gravadas com o conhecimento e consentimento prévios dos entrevistados e posteriormente foram transcritas.

### **3.5 COLETA DE DADOS**

Para a coleta de dados, utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada, aplicada aos pais. Os instrumentos para as entrevistas, aplicados individualmente, foram: o questionário estruturado quantitativo, que continha perguntas fechadas, visando captar aspectos sociodemográficos dos participantes do estudo; e, o roteiro de entrevista semiestruturada, com perguntas abertas que tinham como enfoque a visão dos familiares envolvidos acerca da relação entre a equipe de saúde e seus recém-nascidos, assim como, em específico, a abordagem desta diante de eventos dolorosos ocorridos no ambiente de cuidados intensivos neonatais.

A coleta de dados deu-se inicialmente pelo convite ao participante. Após o aceite, era realizado agendamento para entrevista com o estabelecimento do local e dia de sua escolha, ocasião em que era consignada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE (ANEXO III)

No encontro, preencheu-se o questionário estruturado e, em seguida, realizou-se a entrevista semiestruturada, que foi gravada e posteriormente transcrita.

### **3.6 ANÁLISE DE DADOS**

Este estudo foi realizado utilizando-se a Análise de Conteúdo. Segundo Bardin (2013), a Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens.

Para realizar a análise dos dados, foram adotados os passos a seguir (FIUZA; BARROS, 2015):

- Pré-Análise: após a transcrição das entrevistas gravadas, as falas foram transformadas em textos. Foi realizada leitura exaustiva, flutuante e interrogativa de todo o material estudado para a apreensão das ideias centrais, determinação das unidades de registro e constituição dos corpos de provas.

- Fase de categorização exploração do material: nesse momento, o material foi explorado visando alcançar os núcleos de compreensão do texto. Para tanto, foram procuradas palavras significativas, em torno das quais as falas se organizavam, para fazer a ordenação das categorias empíricas.

- Análise final: foram realizadas inferências e interpretações, relacionando as categorias empíricas com o quadro em estudo.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HUUFMA conforme a nova resolução de nº 466/12 e suas suplementares do Conselho Nacional de Saúde, sob o parecer nº 446.969, em 05 de novembro de 2013 (APÊNCIDE I). A identidade dos entrevistados foi preservada assegurando seu anonimato. Seus nomes foram substituídos por nomes de flores.

## 4.RESULTADOS E DISCUSSÃO

### ARTIGO

#### PERCEPÇÃO E ATITUDE DE PAIS DIANTE DA DOR DO FILHO RECÉM-NASCIDO INTERNADO EM UNIDADE NEONATAL

Perception and attitude of parents through the pain of the newborn child inside in neonatal unit

**Taiana Mara Roma<sup>1</sup>**  
**Zeni Carvalho Lamy<sup>2</sup>**  
**Marina Uchoa Lopes Pereira<sup>3</sup>**  
**Ana Cláudia Garcia Marques<sup>4</sup>**  
**Elainne Motta<sup>5</sup>**  
**Natany Sampaio Santos Dias<sup>6</sup>**  
**Fernando Lamy Filho<sup>7</sup>**  
**João Batista Santos Garcia<sup>8</sup>**

<sup>1</sup> Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Endereço: Av. Cel. Colares Moreira, 10. Quadra 100, Apartamento 107. CEP 65075-441. Telefone: (98) 9 8121 9663. E-mail: taianaroma@gmail.com

<sup>2</sup> Professora adjunta do Departamento de Saúde Pública (UFMA)

<sup>3</sup> Graduada em Medicina (UFMA)

<sup>4</sup> Enfermeira (UFMA)

<sup>5</sup> Enfermeira (UFMA)

<sup>6</sup> Residente na Residência Multiprofissional (UFMA)

<sup>7</sup> Docente do departamento de Medicina III (UFMA)

<sup>8</sup> Professor adjunto de Anestesiologia (UFMA)

(Artigo a ser submetido no Cadernos de Saúde Coletiva – IESC/ UFRJ; Qualis B3)

## PERCEPÇÃO E ATITUDE DE PAIS DIANTE DA DOR DO FILHO RECÉM-NASCIDO INTERNADO EM UNIDADE NEONATAL

### RESUMO

**Introdução:** Em neonatos, a incapacidade em expressar verbalmente a dor é um desafio para a medição da mesma fazendo com que estes dependam de instrumentos para avaliação. Porém, em nenhum destes há participação dos pais. Diante dessa evidência, pretendeu-se mostrar como os pais de crianças internadas em UTIN percebem a dor em seus filhos. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa do tipo exploratória, realizada em um hospital de referência em cuidado neonatal. A análise das entrevistas deu-se a partir da análise temática. Foram realizadas 20 entrevistas com pais de recém-nascidos admitidos na UTIN. **Resultados:** Os dados demonstram que os pais percebem a dor em seus filhos e a relacionam a comportamentos do bebê, procedimentos dolorosos e condição clínica. Quanto à atitude desses pais diante da dor, alguns citam cuidados, outros, fuga e, um terceiro grupo, relatou pedir ajuda aos profissionais. **Conclusão:** Os resultados obtidos nessa pesquisa nos permitem inferir que pais de neonatos admitidos em UTIN possuem um elevado grau de percepção da dor de seus bebês. Quanto à atuação dos pais, percebeu-se tanto a intervenção, quanto a fuga. É necessário que a equipe incentive esses familiares a fim de que assumam uma postura ativa diante da percepção da dor em seus RN.

Palavras-chave: **Percepção da dor, Interação Pais-Filho, UTI Neonatal**

## PERCEPTION AND ATTITUDE OF PARENTS THROUGH THE PAIN OF THE NEWBORN CHILD INSIDE IN NEONATAL UNIT

### ABSTRACT

**Introduction:** Regarding the new-borns, there is an incapability to verbally express pain which creates a challenge to measure itself. This fact results in the use of tools as the only approach to achieve any evaluation. However, there is no participation of the parents on those tools. Faced with this situation, this study investigates how the parents of the hospitalized children in the UTIN react to the pain of their children.

**Methodology:** Qualitative research in exploratory model performed in a renowned hospital to new-born care. The interview analysis was conducted by the thematic analysis. It was executed 20 interviews with parents of new-borns who were admitted at the UTIN. **Results:** the data shows that the parents understand the pain on their children and they relate it to the new-borns behaviour, painful procedure and clinical condition. Regarding the behaviour of the parents, some of them tend to take care, others to escape and a third group to ask for professional help. **Conclusion:** the results collected in this research show that the parents of new-borns in the UTIN have a high degree of perception of their children's pain. About the parent's behaviour, it was showed intervention and escape. It is necessary that the hospital staff encourages these families in order to develop a natural initiative about its children's reaction to pain in RN.

**Keywords:** Perception of pain, Parent-Child relationship, UTI Neonatal

## **PERCEPÇÃO E ATITUDE DE PAIS DIANTE DA DOR DO FILHO RECÉM-NASCIDO INTERNADO EM UNIDADE NEONATAL**

### **INTRODUÇÃO**

Os recém-nascidos (RN) expostos a situações de estresse emocional tendem a se comunicar de forma mais intensa, seja de modo verbal ou não<sup>1</sup>. Mesmo os pré-termo emitem sinais não verbais de comunicação<sup>2</sup>, como mover as mãos, meneio da cabeça<sup>3</sup>, mover os olhos, choro e murmúrios vocais<sup>4</sup>. Estas formas de comunicação são reconhecidas pelos pais, que procuram respondê-las<sup>5</sup>.

Em estudo<sup>6</sup>, verificou-se que os pais - mediados pela comunicação não verbal - percebem dor, necessidades fisiológicas, fome e sono em seus bebês. A maioria destes citou a comunicação não verbal como uma forma de compreender a dor em seus filhos no ambiente hospitalar.

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor, a dor é uma experiência de caráter universal, ocorrendo todas as vezes em que há uma agressão<sup>7</sup>. Em crianças, a resposta a esse estímulo é condicionada por uma série de fatores, dentre estes, o nível cognitivo, que modulará a resposta e a percepção diante da dor<sup>8</sup>.

Segundo a Direção Geral de Saúde de Portugal<sup>9</sup>, o auto relato em crianças acima de três anos é considerado padrão-ouro para diagnóstico e acompanhamento da dor. Entretanto, a incapacidade do prematuro e do lactente gravemente doentes expressarem verbalmente sua dor é um desafio para mensuração<sup>10</sup>, fazendo com que os profissionais dependam da utilização de escalas<sup>11</sup>.

As mais atuais são as escalas Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né, referência para Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais<sup>12</sup>; Neonatal Infant Pain Scale, apropriada para prematuros e RN de termo<sup>13</sup>; Premature Infant Pain Profile, que avalia a dor em procedimentos<sup>14</sup>; e, Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale, para RN em ventilação assistida<sup>15</sup>.

Entretanto, em nenhuma das formas de avaliação da dor há participação dos pais<sup>16</sup>. A contribuição destes na identificação e conduta frente à dor de seus filhos é fundamental e pode tornar os procedimentos antiálgicos mais efetivos<sup>17</sup>. Considerou-se assim essencial identificar a percepção dos pais e mães, para minimizar e controlar o estímulo álgico da forma mais eficaz.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória que, segundo Minayo<sup>18</sup>, preocupa-se com a maneira como as pessoas se expressam e falam sobre o que é importante para elas.

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário Unidade Materno Infantil (HUUMI) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Incluiu-se, pais e mães de bebês internados na UTIN e Unidade Intermediária do HUUMI que aceitaram participar da pesquisa.

Para a coleta de dados, utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada, aplicada aos pais. Os instrumentos para as entrevistas, aplicados individualmente, foram: o questionário estruturado quantitativo, que continha perguntas fechadas,



visando captar aspectos sociodemográficos dos participantes do estudo; e, o roteiro de entrevista semiestruturada, com perguntas abertas que tinham como enfoque a visão dos familiares envolvidos acerca da relação entre a equipe de saúde e seus recém-nascidos, bem como a abordagem desta em eventos dolorosos.

A coleta de dados deu-se pelo convite ao participante. Após o aceite, agendou-se a entrevista, ocasião em que se consignou a assinatura do TCLE. No encontro, preencheu-se o questionário estruturado e realizou-se a entrevista semiestruturada, gravada e posteriormente transcrita.

Foi utilizada Análise de Conteúdo na modalidade Temática para a interpretação dos dados, seguindo os passos de pré-análise, categorização e interpretação<sup>19,20</sup>.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HUUFMA, resolução nº 466/12 e suas suplementares, do Conselho Nacional de Saúde, sob parecer nº 446.969, em 05 de novembro de 2013. A identidade dos entrevistados foi preservada assegurando anonimato. Seus nomes foram substituídos por nomes de flores.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A pesquisa contou com 20 participantes, pais e/ou mães de 15 RN internados na Unidade Neonatal do HUUMI, sendo dois gemelares. Em sete casos foram entrevistadas somente as mães, em um, somente o pai e, em seis casos, pai e mãe. Todos entrevistados separadamente.

No que se refere às mães entrevistadas, a idade variou de 18 a 41 anos, com a maioria apresentando ensino médio completo. A união consensual e a presença de um filho na família preponderaram. Mais da metade alegou ser católica.

Quanto aos pais entrevistados, a faixa etária variou de 26 a 39 anos. Todos completaram o Ensino Médio e, quanto à relação conjugal, houve predomínio daqueles que se apresentavam em união consensual. O número de filhos, por entrevistado, variou de um a dois. E, quanto à religião, houve equidade numérica entre católicos e evangélicos.

Dos 15 bebês, 14 nasceram no HUUMI. A metade era do sexo masculino. No primeiro minuto, o Índice de Apgar variou de 0 a 9, com maioria acima de cinco. No quinto minuto, todos elevaram seu índice. A idade gestacional e a idade cronológica variaram, respectivamente, de 24 a 36 semanas e de 8 dias a 5 meses e 3 dias. Com relação ao peso ao nascimento e ao peso atual, respectivamente, a oscilação foi de 680g a 2984g e 960g a 3360g. Os diagnósticos principais são mostrados no Quadro 3.

**Quadro 3.** Características perinatais dos recém-nascidos internados, São Luís, 2014.

| RN                         | SEXO | APGAR<br>1°→5°<br>min. | IG NASCIMENTO<br>(semanas) | PESO DE<br>NASCIMENTO<br>(g) | PESO<br>ATUAL<br>(g) | TEMPO DE<br>INTERNAÇÃO | DIAGNÓSTICO<br>PRINCIPAL  |
|----------------------------|------|------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------|------------------------|---|
| RN de Anis                 | Masc | 2→6                    | 24                         | 724                          | 960                  | 69d                    | Prematuridade Extrema   |
| RN de Dália                | Masc | 9→9                    | 31                         | 1400                         | 1610                 | 26d                    | Prematuridade Extrema,<br>DMH                                     |
| RN de Lélia                | Masc | 0→1                    | 34                         | 1640                         | 3390                 | 5m3d                   | Prematuridade Extrema,<br>anóxia                                  |
| RN de Hortência e Saramago | Masc | 6→7                    | 29                         | 680                          | 1045                 | 44d                    | Prematuridade Extrema   |
| RN de Lílian               | Masc | 5→9                    | 30                         | 1050                         | 1030                 | 49d                    | Prematuridade Extrema   |
| RN de Jasmim e Narciso     | Fem  | 9→9                    | 34                         | 1606                         | 1485                 | 08d                    | Prematuridade Extrema   |
| RN de Amarílis e Florencio | Fem  | 2→8                    | 27                         | 755                          | 1705                 | 38d                    | Prematuridade Extrema   |
| RN de Lúcia e Delfino      | Fem  | 4→7                    | 31                         | 1000                         | 980                  | 27d                    | Prematuridade Extrema,<br>Suspeita de Síndrome de<br>Dandy Walker |
| RN de Magnólia e Jacinto   | Fem  | 8→9                    | 34                         | 1700                         | 1535                 | 17d                    | Prematuridade Extrema   |
| RN de Margarida            | Masc | 7→9                    | 36                         | 2984                         | 2685                 | 12d                    | Prematuridade Tardia,<br>Gastrosquise                             |
| RN de Iris                 | Masc | 0→5                    | 29                         | 880                          | 1215                 | 95d                    | Prematuridade Extrema,<br>DMH                                     |
| RN de Perpétua             | Fem  | 9→9                    | 30                         | 1116                         | 1320                 | 19d                    | Prematuridade Extrema,<br>PIG, DMH                                |
| RN de Cravina e Cosmos     | Masc | 8→9                    | 31                         | 1200                         | 1275                 | 23d                    | Prematuridade Extrema   |
| RN de Alisson              | Fem  | 9→9                    | 34s                        | 1675                         | 1425                 | 15d                    | Prematuridade   |

Nota: 1 = (d) = dias; (m) = meses; DMH = Doença da Membrana Hialina; PIG = Pequeno para idade gestacional

Com relação às condutas e procedimentos no RN internado, o acesso mais utilizado foi o venoso profundo. Das modalidades de suporte ventilatório, predominou a ventilação pulmonar mecânica. No que tange aos procedimentos dolorosos, preponderou intubação difícil. Com relação às medidas de alívio da dor registradas em prontuário, as farmacológicas apresentaram uma maior frequência; já, dentre as medidas não farmacológicas, o método canguru.

A partir do conhecimento do perfil dos pais e dos recém-nascidos, organizamos esses resultados em dois núcleos de sentido e suas categorias:

- Percepção da dor: a dor existe; sei o que é doloroso; por ele ser prematuro; e,
- Atitudes diante da dor: o cuidar; chamo as enfermeiras; não gosto de ver.

Para os pais entrevistados, os filhos recém-nascidos sentiam dor e a manifestavam de diferentes formas, seja pelo choro ou por comportamentos. Essas manifestações foram reportadas em consequência de manuseios, procedimentos e, até mesmo, da própria condição clínica.

## A DOR EXISTE

A manifestação dos filhos a qual pais e mães mais se referiram, diante de estímulos dolorosos, foi o choro. À exemplo, a fala de Anis, mãe de 37 anos.

*“Dói porque ele chora.” [Anis]*

O choro é uma das formas de linguagem por meio da qual o bebê se comunica e expressa sua dor<sup>21</sup>. Todavia, como citado por Melo et al.<sup>22</sup>, embora o choro possa ser observado no RN após estímulo doloroso, pode indicar outros sinais como raiva, desconforto e fome. O relato de Magnólia, mãe de um filho, evidencia esse aspecto multiforme da comunicação através do choro.

*“Quando é choro com fome, eu dou de comer. Quando come e não para de chorar, é dor.” [Magnólia]*

Além do choro, os pais mencionaram a expressão facial como um dos sinais indicativos de dor. Essa é uma importante questão considerando que muitos recém-nascidos doentes, especialmente os pré-termos, não conseguem expressar sua dor com o choro, tal como o RN de Margarida, nascido com 36 semanas.

*“Você olha para o seu bebê e sabe que ele tá sentindo dor.” [Margarida]*

Este achado corrobora com o descrito por Guinsburg et al.<sup>23</sup>, nos quais se observa existirem expressões faciais específicas e indicativas de dor. Para a autora, cabe principalmente aos cuidadores distinguir a mensagem transmitida por meio de tais expressões, a se considerar que são estes os que passam maior tempo com o RN.

Os pais mencionaram, ainda, como forma de comunicação, os movimentos atrelados à dor. Entre eles, incluíram-se “espernear”, “puxar a mão” e “pernas agitadas”. Em nossas entrevistas, evidenciou-se tal fato na fala de Delfino, 33 anos.

*“Por causa da agonia dele. Fica se remexendo, se torcendo. É quando eu percebo que ele tá com dor.” [Delfino]*

A irritação e os movimentos excessivos dos membros podem estar relacionados à dor<sup>24</sup>. Entretanto, por aparecerem também diante de estímulos não

dolorosos, devem ser avaliados concomitantemente ao choro e à mímica facial para que se constitua em sinal preditivo de percepção dolorosa<sup>23, 24</sup>.

A percepção de pais e mães vai além das mensagens corporais emitidas pelos recém-nascidos. Com o prolongamento da internação, oscilando, na presente pesquisa, entre oito dias e cinco meses e três dias, os cuidadores passam a perceber alterações fisiológicas, como na fala de Lélia (RN internado por cinco meses e três dias).

*“Tá com dor porque chora, se espreme e fica roxinho... Não tá saturando (bem) ”  
[Lélia]*

Após o nascimento, as mães desenvolvem um comportamento de cuidados que envolvem amamentação, higiene, dentre outros, denominado por Winnicott<sup>25</sup> como “preocupação materna primária”. Para Agman et al.<sup>26</sup>, diante do nascimento de um filho com problemas e, de sua consequente internação, este comportamento é modificado, e as mães desenvolvem uma preocupação com aspectos relacionados à doença e ao tratamento, incorporando, inclusive, termos médicos. Este comportamento é denominado de “preocupação médica primária”<sup>27</sup>.

Fica assim evidente, em nosso estudo, a percepção de pais e mães no que tange à dor. Seja por meio do choro, mímicas faciais, gestos, ou até mesmo das alterações fisiológicas, estes cuidadores percebem a dor em seus filhos.

## SEI O QUE É DOLOROSO

Quando indagados sobre o que provoca dor nos filhos, os entrevistados apresentaram diferentes percepções. Para a maioria, a dor esteve associada

procedimentos realizados durante a hospitalização, com ênfase na punção para acesso venoso, provavelmente, devido a elevada frequência com que foi realizada.

*“O que mais é doloroso é furar. ” [Hortência]*

Em estudo realizado por Balda et al.<sup>28</sup>, a face dos bebês foi fotografada em diversas situações, dentre elas, a punção do calcâneo. Nesse experimento, percebeu-se a fâcies de dor nos bebês durante o procedimento de punção. Tal fato ratifica nosso estudo, no qual os pais percebem a mudança facial do bebê durante os procedimentos com materiais perfuro-cortantes.

Houve, entretanto, aqueles que relataram não terem presenciado o motivo da dor em seus filhos, como o casal Jasmim e Narciso cujo RN, nascido com 34 semanas, não necessitou de medicações para alívio da dor, considerando que foi submetido a acesso venoso periférico e ventilação pulmonar mecânica.

*“Eu não percebi que ele sente dor. ” [Jasmim]*

*“O choro foi porque o furo incomodou. Não porque doeu. ” [Narciso]*

Segundo Mendes et al.<sup>24</sup>, pais e mães, ainda que percebam a dor, buscam na negação, um consolo para a presença da dor em seu bebê. Há, no entanto, casos em que a dor inexistente. Apesar dos prematuros encontrarem-se em ambiente de cuidados intensivos, não são submetidos a eventos dolorosos ou, quando o são, a equipe em saúde utiliza-se de medidas a fim de evitar a manifestação do estímulo algóico.

Os pais relataram que a frequência com que os acessos foram realizados influencia na intensidade da dor em seus filhos.

*“Às vezes dói porque pega uma, duas, três... Várias furadas. ” [Anis]*

Assim como elencado por Anis – mãe de RN nascido com 24 semanas de idade gestacional e que foi submetido a acesso venoso periférico, dissecação venosa, ventilação pulmonar mecânica, VNI e CPAP – Simons et al.<sup>29</sup> observaram que RN em UTIN são submetidos a 14 procedimentos dolorosos por dia. Esse fato evidencia a constância com que os bebês internados são submetidos a esses processos e o quanto isso influencia na dor.

A realização de cirurgias foi outro destaque. Muitos pais e mães relacionaram esse procedimento como responsável pela dor em seus bebês. Em específico, a maioria citou o pós-operatório imediato como momento em que a dor foi mais evidenciada.

*“No dia em que ela fez a cirurgia, tava sentindo dor.” [Anis]*

Em estudo realizado por Prestes et al.<sup>30</sup> sobre o uso de analgésicos em neonatos internados, percebeu-se que o uso de analgesia na recuperação cirúrgica aumentou de 33% em 2001 para 89% em 2011. Em contrapartida, mais de 10% dos neonatos internados nas quatro unidades universitárias analisadas na pesquisa, em 2011, não receberam qualquer analgesia nos três primeiros dias do pós-operatório. Fato este que corrobora com os achados em nossas entrevistas, em que bebês se encontram “desprotegidos” durante o pós-operatório imediato, conseqüentemente, estão expostos à dor intrínseca ao procedimento cirúrgico.

Apesar do destaque de muitos para procedimentos dolorosos, como vimos acima, a fala de Alisson, pai de gemelares, chamou atenção.

*“O dia que eu mais vi ela chorando de dor foi quando tirou o esparadrapo.” [Alisson]*



Segundo a literatura<sup>31</sup>, a constante exposição da criança a procedimentos dolorosos, durante o período de internação, faz com que esta amplie sua sensibilidade à dor, fazendo com que estímulos não dolorosos repercutam em dor no bebê.

Por outro lado, os pais aventaram uma adaptação à dor devido à constante exposição. A fala de Hortência, mãe de um prematuro nascido com 29 semanas, corrobora com tal achado.

*“Não sei te dizer quantas vezes por dia ela precisou fazer isso pra se acostumar com essa sensação de dor.” [Hortência]*

Apesar das crianças hospitalizadas em UTIN ficarem sujeitas a situações potencialmente dolorosas, como procedimentos invasivos, separação da criança dos pais e dor crônica relacionada à própria condição clínica, persistem crenças de que o RN se acostuma com os estímulos algícos, passando não mais a percebê-los<sup>32</sup>.

Conforme afirma Balda et al.<sup>28</sup>, pais e mães são atentos à dor em seus filhos recém-nascidos admitidos em UTIN, porém a sensibilidade destes demonstrou-se controversa em nosso estudo. Enquanto a maioria percebeu a dor em seus filhos, uma minoria a supervalorizou, e outra pequena parcela, a negou. Destaca-se a importância atribuída aos materiais perfuro-cortantes e ao pós-operatório imediato que, conforme constatou-se, vem sendo negligenciado, não apenas em nosso estudo, como em outros citados<sup>32</sup>.

## POR ELE SER PREMATURO

Em algumas das entrevistas realizadas, os cuidadores alegaram que os RN eram incapazes de sentir dor devido à prematuridade, como na fala de Anis, mãe de RN prematuro.

*“Por ele ser muito prematuro, não sei falar se sentia dor.” [Anis]*

Sabe-se que na vigésima semana de gestação as vias nociceptivas ascendentes adquirem funcionalidade e os recém-nascidos são capazes de sentir dor<sup>33</sup>. Porém ainda não se tem uma propagação equânime desse conhecimento entre pais e mães. Isso foi evidenciado nas falas do casal Florencio e Amarílis. Para Florencio (RN prematuro) o bebê não sente dor.

*“Eu acho que ele não sente dor. São muito pequenos.” [Florencio]*

Entretanto sua companheira alegou perceber situações de dor em seu RN.

*Ele deu um gritinho de dor.” [Amarílis]*

Conforme estudos<sup>34</sup>, as mães sentem-se culpadas pelo nascimento de seus filhos pré-termo e supervalorizam os sinais não verbais advindos do bebê. Outro fator que influencia na maior sensibilidade materna, é o fato de que o vínculo entre mãe e filho ser fortalecido antes do nascimento.

Há, dentre as entrevistadas, um grupo de mães que negaram a presença de dor em seus filhos prematuros. Anis, Dália, Lilian e Lélia, mães de primeiro filho e que, conforme registro presente em prontuário, foram submetidos a procedimentos dolorosos. Vale ressaltar que o RN de Lélia necessitou de morfina para amenizar os efeitos álgicos aos quais se expôs. Ou seja, apesar de ter sido submetido a procedimentos dolorosos, Lélia relata que seu filho não sentiu dor durante a hospitalização de 5 meses e três dias, em virtude de sua prematuridade.

*“Eles são prematuros, não sente dor.” [Lélia]*

Entretanto, assim como as mães citadas, Lélia contradiz-se:

*“Foi a fraturinha que ele mais sentiu dor.” [Lélia]*

Conforme pesquisas<sup>34</sup>, não apenas o fato de serem mães, como a primiparidade, a idade gestacional ao nascimento e o tempo de internação, influenciam na percepção de dor por parte dos pais e mães. Anis, Dália, Lílian e Lélia, mães de bebês prematuros que permaneceram, no mínimo, 26 dias internados, compõem o grupo de mães que, conforme estudos<sup>34</sup>, não possuem experiência e sequer foram treinadas ou instigadas para o manejo de crianças prematuras, tendo em vista que esses necessitam de olhares aguçados a fim de que sua comunicação seja compreendida. Afora essa condição, esses recém-nascidos são expostos a uma maior quantidade de estímulos dolorosos, fato que faz com que pais e mães subvalorizem muitas das formas de comunicação do RN.

Em outros depoimentos, evidenciou-se o oposto. Para alguns dos entrevistados, a prematuridade e o baixo peso exacerbariam a dor.

*“Ela tem mais dor mais que os bebês que nasceram no tempo certo.” [Alisson]*

Para a família, o nascimento de um filho prematuro é capaz de produzir sentimentos paradoxais, oscilando da alegria pelo nascimento do filho, ao sofrimento, frustração e incompetência pela antecipação do nascimento e fragilidade do bebê. Essa vulnerabilidade traz consigo a necessidade da percepção dos cuidadores sobre o manejo adequado dos cuidados com o bebê prematuro<sup>35</sup>.

Constatou-se assim que o mito de que prematuros não sentem dor mantém-se ativo para pais e mães. Encontrou-se ainda pais que consideram que pré-termos sentem mais dor, quando comparados às crianças a termo. Considerando tal heterogeneidade, nota-se a necessidade da uniformização de conhecimentos de pais e mães de RN admitidos em UTIN, a fim de que esse quinto sinal vital seja adequadamente manejado por seus cuidadores.

## O CUIDAR

No que se refere à atitude dos pais e mães, cuidar do filho diante da percepção de que está sentindo dor foi a mais frequente. Um dos cuidados relatados por todas as mães foi o chorar diante da percepção de dor. Para as mães com apenas um filho, todas alegaram oferecer colo a seus filhos. É interessante ressaltar que, dentre as mães, todas aquelas com mais de 27 anos afirmaram conversarem com seus filhos e, apenas uma das mães, em seu sexto filho, referiu cantar para o filho quando este está com dor.

*“Quando eles estavam terminando de intubar meu bebê eu comecei a chorar.” [Anis]*

*“Eu converso com ele, quando está com dor.” [Lélia]*

Segundo Carmona et al.<sup>6</sup>, a depender da idade e da paridade das mães, estas apresentaram diferentes comportamentos diante de seus bebês. Em seu estudo, concluiu-se que mães de primeiro filho ou com menor idade tendem à passividade diante da dor em seus filhos.

É importante observar que tanto pais quanto mães relatam que, ao colocarem o bebê na posição canguru, este aparenta sentir menos dor ou uma sensação de alívio, sendo esse método usado de uma forma profilática ou terapêutica. Entre os que alegaram uso do método Canguru para alívio da dor, houve predomínio de mães: das 13 entrevistadas, cinco referiram-se ao método; já, dentre sete pais, apenas um.

*“Quando eu colocava (o bebê na posição canguru), ele aliviava..” [Cosmos]*

A fala de Cosmos, pai de RN nascido com 31 semanas de idade gestacional, reitera os estudos de Coutinho et al.<sup>36</sup>, segundo o qual pais de RN admitidos em UTIN apresentam atitudes e comportamentos semelhantes aos

maternos. Ou seja, existe uma intensa proximidade entre os discursos paterno e materno.

Tal semelhança confirmou-se em nosso estudo. A exemplo, a fala de Lúcia:

*“Eu pego ele no colo pra aliviar essa dor.” [Lúcia]*

Coutinho et al.<sup>36</sup> complementam afirmando que o papel de cuidadora principal materno não é substituído pela presença da figura paterna. Entretanto, a existência deste se faz fundamental no ambiente de cuidados intensivos considerando que o nascimento de um RN prematuro pode ser frustrante ao casal, a depender do companheirismo entre as partes.

Em ambas as falas elencadas, há evidente importância atribuída ao Método Canguru. Tal fato foi explanado por vários entrevistados.

*“Ele vai sentir menos dor no canguru.” [Íris]*

Segundo Lamy et al.<sup>37</sup>, o método canguru é responsável pela integração entre pai, mãe e RN nos cuidados neonatais, e deve ocorrer de modo gradual, iniciando-se com o contato pele-a-pele e progredindo para o toque e, em última instância, atinge-se o método Canguru. O estudo de Ferber et al.<sup>38</sup> constatou uma diminuição na desorganização e um aumento nos sinais de atenção nos bebês submetidos ao método Canguru, em comparação com os bebês sem intervenção. Com isso, pode-se inferir que esse método tem atuado positivamente na UTIN.

Outras formas de contato pele a pele como o toque, fazer carinho e segurar a mão do bebê foram valorizadas pelos pais como sendo capazes de amenizar a dor do neonato.

*“Carinho alivia (a dor).” [Perpétua]*

O contato pele a pele durante um procedimento doloroso reduz sinais fisiológicos e comportamentais de dor. É indicado que seja iniciado antes e mantido durante e após o procedimento doloroso<sup>39</sup>.

Além do papel observador, pais e mães percebem que podem atuar ativamente para aliviar a dor do filho. Para Anis, cujo RN permaneceu internado por 69 dias:

*“Eu tento acalantar passando a mão. Depois, eu dou de mamar. A dor passa.” [Anis]*

O leite humano, além dos reconhecidos benefícios nutricionais e afetivos para o bebê, também pode ser uma potente intervenção para alívio de dor. O aleitamento materno durante a punção na triagem neonatal assegurou menor ativação autonômica e menor escore de dor<sup>40</sup>.

Assim, apesar de disparidades entre entrevistados de diferentes sexos, idade, ou mesmo, paridade, não apenas o leite materno, como o método canguru, contato pele a pele e outras formas de cuidar, foram elencados como formas de cuidado dos pais e mães em relação a seus filhos admitidos em unidade neonatal. É interessante ressaltar “o choro” que, segundo estudos<sup>41</sup>, demonstra a insegurança e o “não saber agir” dos pais diante da situação vivenciada por seus filhos.

## CHAMO AS ENFERMEIRAS

Os pais e mães dos RN alegaram pedirem ajuda à equipe de enfermagem quando se sentem impotentes diante da situação vivenciada por seus filhos. A exemplo, a fala de Perpétua, mãe de prematuro.

*“Chamo as enfermeiras. Eu confio no que elas me dizem.” [Perpétua]*

Durante a internação e nos eventuais momentos de dor do bebê, a equipe de saúde assume atribuições e responsabilidades que demandam capacidades para avaliação, entendimento e apoio da criança e a sua família<sup>42</sup>. Surge uma relação de dependência mútua entre a equipe e cuidadores dos bebês, de tal modo que estes necessitam da equipe, a fim de auxiliarem nos cuidados e não se afastarem de seus filhos; e, à equipe, a presença dos pais é essencial para oferecer conforto, além de auxiliar na dinâmica laboral<sup>43</sup>.

## NÃO GOSTO DE VER

Pais e mães também referiram fuga e inércia diante da dor no RN. Enquanto alguns dos entrevistados descreveram atitudes de fuga, como sair durante o procedimento, outros relataram não saber como agir diante de situações de dor vivenciadas por seus filhos.

*“Na maioria das vezes eu tiro o foco quando percebo dor.” [Alisson]*

Schmidt et al.<sup>41</sup> apontam que a contemplação da rotina aterrorizadora, somada à precisão do cuidado da equipe de saúde com o filho, despertam nos pais e mães o sentimento de incapacidade em auxiliar o filho. Este acrescenta que tais barreiras, entre equipe de saúde e familiares cuidadores, devem ser quebradas a fim de que pais e mães incluam-se no cuidado ao recém-nascido.

A culpa pela condição clínica do bebê, necessidade de internação do filho e dos eventuais cuidados geradores de dor evidenciou-se no discurso de Amarílis, 30 anos.

*“A gente até se culpa. Era para a bebê estar guardadinha. Mas tá fora e tem que ter esses cuidados.” [Amarílis]*

Frello e Carraro<sup>42</sup> relatam que sentimentos como tristeza, medo, estresse, culpa ou insegurança diante da vida e do conforto dos bebês são comuns aos cuidadores de RN admitidos em UTIN e exigem escuta, apoio e assistência. É fundamental que os pais sejam incentivados e orientados a participarem na recuperação e desenvolvimento do RN, haja vista o sentimento de impotência e distanciamento diante da hospitalização.

## **CONCLUSÃO**

Os resultados obtidos nessa pesquisa nos permitem inferir que pais de neonatos admitidos em UTIN percebem a dor de seus bebês.

Entretanto, mesmo compreendendo a dor do neonato, alguns pais entrevistados atrelaram à condição clínica - principalmente à prematuridade - a ideia de que bebês não são passíveis de sentirem dor.

Outro dos aspectos relevantes dessa pesquisa, diz respeito à atuação dos pais diante da dor de seus recém-nascidos. Ainda que muitos pais tenham atuado diante do estímulo álgico, a proporção daqueles que se ausentaram dessa realidade demonstrou-se elevada.

Torna-se, então, de extrema importância a exposição teórica, por meio de cursos e palestras que garantam mais segurança dos pais na relação com seus bebês, concomitante à exposição prática. Ou seja, o incentivo desses familiares à intervenção diante da percepção da dor em seus RN, ampliando sua segurança e,



consequentemente, aprimorando sua relação com eles. Dessa forma seria possível reduzir não apenas o desconforto gerado pela dor como as possíveis consequências que o estímulo algico pode gerar no RN.

## REFERÊNCIAS

1. Wanderley LD, Barbosa GOL, Pagliuca LMF, Oliveira PMP, Almeida PC, Rebouças CBA. Comunicação verbal e não-verbal de mãe cega durante a higiene corporal da criança. *Rev Rene*. 2010; 11: 150-159.
2. Farias LM, Cardoso MV, Silveira IP, Fernandes AF. Comunicação proxêmica entre mãe e recém-nascido de risco na unidade neonatal. *Rev Rene*. 2009; 10(2): 52-57.
3. Mesquita, RM. Comunicação não-verbal: relevância na atuação profissional. *Rev paul Ed Fís*. 2010; 11(2): 155-63.
4. Reichert APS, Lins RNP, Collet N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. *Rev Eletr Enf*. 2008; 9(1): 200-13.
5. Maldonado MT. Comunicação entre pais e filhos: como falar e agir no dia-a-dia das relações. 28ª ed. Integrare. 2008; (10) 5-7.
6. Carmona EV, Vale IN, Ohara CVS, Abrão ACFV. Percepção materna quanto aos filhos recém-nascidos hospitalizados. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(5): 788-93.
7. Veronez M, Corrêa DAM. A dor e o recém-nascido de risco: percepção dos profissionais de enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2010; 15(2): 263-70.
8. Leitão IB, Cacciari MB. A demanda clínica da criança: uma psicanálise possível. *Estilos clin*. 2017; 22(1): 64-82.
9. Direção Geral de Saúde de Portugal (POR). Programa Nacional de controlo da dor: orientações técnicas. Lisboa (GTCE); 2012.
10. Costa, T. Conhecimentos e práticas de avaliação e tratamento da dor em recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal de Curitiba/PR e região metropolitana [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2015.

11. Oliveira RM, Silva AVS, Silva LMS, Silva APAD, Chaves EMC, Bezerra SC. Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2011; 15(2): 277-83.
12. Aquino FM, Christoffel MM. Dor neonatal: medidas não-farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem. *Rev Rene*. 2012; 11(1): 169-177.
13. Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação de dor e desconforto no recém-nascido. *Acta Pedriact. Port.*, 2013; 34 (3): 159-163.
14. Gadelha VS. A dor no recém-nascido sob a ótica dos enfermeiros. Ceilândia/CE. Monografia [Graduação em Enfermagem]. Faculdade de Ceilândia; 2013.
15. Hillman BA, Tabrizi MN, Gauda EB, Carson KA, Aucott SW. The Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale and the bedside nurse's assessment of neonates. *J Perinatol*, 2017; 35(2): 128–131.
16. Benczik, EBP. A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. *Rev psicopedag*. 2011; 28(85): 1-4.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. Brasília (DF); 2011.
18. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento. *Revista Eletrônica Inter-Legere*. 2014; 13 (1): 1-8.
19. Bardin L. Análise de Conteúdo [CD-ROM]. São Paulo: Edições 70; 2011.
20. Fiuza AR, Barros NF. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. *Rev Ciencias e saúde coletiva*. 2015; 16(4): 2345-2350.
21. Branco A, Fekete SMW, Ruguolo LMSS. O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido: uma revisão. *Rev Paul Pediatría*. 2006; 24(3): 270-274.
22. Melo GML, Cardoso ALPA, Farias MVL, Balbino LM, Carlos A. Olhar materno sobre a dor do filho recém-nascido. *Rev enferm UFPE on line*. 2014; 8(1): 8-15.

23. Guinsburg R, Cuenca MCA. A linguagem da dor no recém-nascido. São Paulo: Documento Científico do Departamento de Neonatologia Sociedade Brasileira de Pediatria. 2010.
24. Mendes LC, Fontenele FC, Dodt RCM, Almeida LS, Cardoso MVL, Silva CBG. A dor no recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Enferm UFPE online. 2013; 7(11): 6446-54.
25. Winnicott, DW. A preocupação materna primária. Da pediatria à psicanálise. 2010; 399-405. (Obra original publicada em 1956).
26. Agman M, Druon C, Frichet C. Intervenções psicológicas em neonatologia. Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade. Ágalma. 1999; 17-34.
27. Morsh DS, Braga MCNA. À procura de um encontro perdido: o papel da preocupação médica primária na UTI. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. 2010; 10(4) : 624-636.
28. Balda RCX, Almeida MFB, Peres CA, Guinsburg A. Fatores que interferem no reconhecimento por adultos da expressão facial de dor no recém-nascido. Rev paul pediatr. 2009; 27(2): 160-167.
29. Simons SH, Van DM, Anand KS, Roofthoof D, Van LRA, Tibboel D. Do we still hurt newborn babies? A prospective study of procedural pain and analgesia in neonates. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007; 157: 1058-64.
30. Prestes ACY, Xavier RCB, Santos GMS, Rugolo LMSS, Bentlin MR, Magalhães M, et al. Procedimentos dolorosos e analgesia em UTI Neonatal: o que mudou na opinião e na prática profissional em dez anos? J Pediatr. 2016; 92(1): 88-95.
31. Hohmeister J, Kroll A, [Wollgarten-Hadamek I](#), [Zohsel K](#), [Demirakça S](#), [Flor H](#), et al. Cerebral processing of pain in school-aged children with neonatal nociceptive input: na exploratory fMRI study. Pain. 2010; 150: 257-67.
32. Blasi DG, Candido LK, Tacla MTGM, Ferrari RAP. Avaliação e manejo da dor em criança: percepção da equipe de enfermagem. Seminário de Ciências Biológicas e da Saúde. 2015: 36(1), 301-310.

33. Bueno M, Kimura AF, Diniz CSG. Evidências científicas no controle da dor no período neonatal. *Acta Paul Enfermagem*. 2009; 22(6): 828-32.
34. Melo GM, Lélis ALPA, Cardoso MVLML, Farias LM, Balbino AC. Olhar materno sob a dor do filho recém-nascido. *Revista de Enfermagem UFPE online*. 2014; 8 (1): 8-15.
35. Santos MCC, Gomes MFP, Capelline VK, Carvalho VCS. Avaliação materna da dor em recém-nascidos prematuros. *Rev Rene*. 2015; 16(6):842-7.
36. Coutinho HR, Morsch DS. A paternidade em cuidados intensivos neonatais. *Rev SBPH*. 2006; 9(1): 55-69.
37. Lamy ZC, Morsch DS, Marba STM, Lamy F. O método canguru nos dias atuais. *PRORN*. 2017; 14(3): 11-43.
38. Ferber SG, Feldman R, Makhould IR. The development of maternal touch across the first year of life. *Early Hum Dev*. 2008; 84(6): 363-70.
39. Anjos LS, Lemos DM, Antunes LA, Andrade JMO, Nascimento WDM, Caldeira AP. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(4): 571-7.
40. Tamez RN. Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. *Guana- bara Koogan*. 2013; 5: 355.
41. Schmidt KT, Sassá AH, Veronez M, Higarashi IH, Marcon SS. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. *Esc Anna Nery*. 2012; 16(1): 73-81.
42. Frello AT, Carraro TE. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev bras enferm*. 2012; 65(3): 514-521.
43. Martins CA, Colvero MO. Protocolo para alívio de dor e sedação no recém nascido. Grupo Hospitalar Conceição Hospital Fêmeina - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Ministério da Saúde, 2015.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo abrangeu 20 pais e/ ou mães de 15 RN internados na UTIN do HUUMI, sendo dois gemelares. Destes, 13 eram mulheres entre 18 e 41 anos, sendo que mais da metade havia concluído o ensino médio. Dos 7 pais, a totalidade apresentou o mesmo nível de formação acadêmica, com idades variando entre 26 e 39 anos.

Quanto aos RN, a metade era do sexo feminino, com idade ao nascimento oscilando entre 24 e 36 semanas. O diagnóstico principal apresentado por todos estes foi a prematuridade extrema.

No presente estudo, a maioria dos pais e mães relataram perceber a dor e agir diante de sua presença. Para fins didáticos, criou-se dois núcleos de sentido e suas respectivas categorias. O primeiro, percepção da dor, subdividiu-se nas categorias: a dor existe, sei o que é doloroso, por ele ser prematuro. E, o outro, atitudes diante da dor, em: o cuidar, chamo as enfermeiras e não gosto de ver.

No que se refere à percepção de dor, a maioria alegou a presença da dor, seja por meio de gestos, choro ou fâcias, sendo que, a ínfima parcela que negou a existência do quinto sinal vital em seus bebês apresentou incongruências em falas posteriores. É curioso ressaltar que a condição de prematuridade foi, em algumas falas, enunciada como fator de proteção para dor, enquanto que, em outras, atrelou-se à prematuridade a presença de maior dor no RN.

A notória contradição encontrada nas falas dos entrevistados torna evidente a necessidade, por parte dos pais e mães cuidadores, de obter maiores informações a respeito de seus filhos recém-nascidos internados em UTIN. Seja por meio de seminários, palestras ou cursos, faz-se necessária tal explanação do tema a fim de uma maior uniformização de conhecimentos. Esta, muito provavelmente, não apenas melhoraria a relação de pais e mães com seus filhos, como também destes com a equipe e, possivelmente, evitaria que situações dolorosas fossem negligenciadas.

No que tange à atitude diante da dor, enquanto a maioria dos pais relatou chorar diante da sensação de impotência e culpa pela condição clínica do RN, outra parcela, reportou chamar as enfermeiras, e, um terceiro grupo, alegou a fuga, procurando afastar-se fisicamente de seus bebês, quando estes apresentavam dor.

Assim sendo, reforçando a ideia acima elencada, pais e mães devem ser englobados no tratamento do RN. Não apenas com a finalidade de estabelecer vínculos, como também pela necessidade da presença destes que, além de promoverem carinho, proteção, alimento e higiene aos prematuros, podem ainda se utilizar de tal realidade a fim de estabelecer e firmar vínculos com o filho que acabou de nascer.

Nosso estudo evidenciou, assim, que pais e mães estão atentos aos sinais de dor emitidos por seus filhos, entretanto, a maioria encontra-se insegura com relação às medidas a serem tomadas a fim de erradicar essa dor. Urge-se, portanto, a necessidade de uma abordagem familiar, a ser realizada pela própria equipe em saúde responsável, a fim de estreitar laços entre pais e mães cuidadores e o RN, bem como com a equipe multidisciplinar em questão.

## REFERÊNCIAS

- AGMAN, M.; DRUON, C.; FRICHET C. Intervenções psicológicas em neonatologia. Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade. **Ágalma**, vol. 1, número 1, 1999.
- ANJOS, L. S.; LEMOS, D. M.; ANTUNES, L. A.; ANDRADE, J. M. O.; NASCIMENTO, W. D. M.; CALDEIRA, A. P. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 4, número 65, 2012.
- AQUINO, F. M.; CHRISTOFFEL, M. M. Dor neonatal: medidas não-farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem. **Revista Rene**, vol.11, número 1, 2012.
- BALDA, R. C. X.; ALMEIDA, M. F. B.; PERES, C. A.; GUINSBURG, A. Fatores que interferem no reconhecimento por adultos da expressão facial de dor no recém-nascido. **Revista Paulista de Pediatria**, vol. 2, número 27, 2009.
- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. **Revista São Paulo**, vol. 70, número 1, 2011.
- BATALHA, L.; SANTOS, L. A.; GUIMARÃES, H. Avaliação de dor e desconforto no recém-nascido. **Acta Pedriatric Portugal**, vol. 34, número 3, 2013.
- BENCZIK, E. B. P. A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. **Revista Psicopedagogia**, vol. 85, número 28, 2011.
- BLASI, D. G.; CANDIDO, L. K.; TACLA, M. T. G. M.; FERRARI, R. A. P. Avaliação e manejo da dor em criança: percepção da equipe de enfermagem. **Revista Ciências Biológicas e da Saúde**, vol. 1, número 36, 2015:
- BRANCO, A.; FEKETE, S. M. W.; RUGUOLO, L. M. S. S. O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido: uma revisão. **Revista Paulista de Pediatria**, vol. 3, número 24, 2006.
- BUENO, M.; KIMURA, A. F.; DINIZ, C. S. G. Evidências científicas no controle da dor no período neonatal. **Acta Paul Enfermagem**, vol. 6, número 22, 2009.
- CARMONA, E.V.; VALE, I.N.; OHARA, C. V. S.; ABRÃO, A. C. F. V. Percepção materna quanto aos filhos recém-nascidos hospitalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 67, número 5, 2014.
- COSTA, T. Conhecimentos e práticas de avaliação e tratamento da dor em recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal de Curitiba/PR e região metropolitana. **Revista São Paulo**, vol 10, número 1, 2015.
- COUTINHO, H. R.; MORSCH, D. S. A paternidade em cuidados intensivos neonatais. **Revista da SBPH**, vol. 1, número 9, 2006.



Direção Geral de Saúde de Portugal. Programa Nacional de controlo da dor: **orientações técnicas**. Lisboa; 2012.

FARIAS, L. M.; CARDOSO, M. V.; SILVEIRA, I. P.; FERNANDES, A. F. Comunicação proxêmica entre mãe e recém-nascido de risco na unidade neonatal. **Revista Rene**, vol. 10, número 2, 2009.

FERBER, S. G.; FELDMAN, R.; MAKHOULD, I. R. The development of maternal touch across the first year of life. **Early Human Development**, vol. 6, número 84, 2008.

FIUZA, A. R.; BARROS, N. F. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, vol. 4, número 16, 2015.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista brasileira de enfermagem**, vol. 3, número 65, 2012.

GADELHA, V. S. A dor no recém-nascido sob a ótica dos enfermeiros. Ceilândia/CE. **Monografia [Graduação em Enfermagem]**. Faculdade de Ceilândia; 2013.

GUINSBURG, R.; CUENCA, M. C. A. A linguagem da dor no recém-nascido. São Paulo. **Documento Científico do Departamento de Neonatologia Sociedade Brasileira de Pediatria**. 2010.

HILLMAN, B. A.; TABRIZI, M. N.; GAUDA, E. B.; CARSON, K. A.; AUCOTT, S. W. The Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale and the bedside nurse's assessment of neonates. **Journal Perinatology**, vol. 2, número 35, 2017.

HOHMEISTER, J.; KROLL, A.; WOLLGARTEN-HADAMEK, I.; ZOHSEL, K.; DEMIRAKÇA, S.; FLOR, H. Cerebral processing of pain in school-aged children with neonatal nociceptive input: na exploratory fMRI study. **Pain**, vol. 1, número 150, 2010.

LAMY, Z. C.; MORSCH, D. S.; MARBA, S. T. M.; LAMY, F. O método canguru nos dias atuais. **PRORN**, vol. 3, número 14, 2017.

LEITÃO, I. B.; CACCIARI, M. B. A demanda clínica da criança: uma psicanálise possível. **Revista Estilos Clínicos**, vol. 22, número 1, 2017.

LELIS, A. L. P. A.; MELO, G. M.; MOURA, A. F.; CARDOSO, A. V. L. M.; SILVA, V. M. Escalas de avaliação de dor em recém-nascidos: revisão integrativa. **Revista Paulista de Pediatria**, vol. 32, número 4, 2014.

MALDONADO, M.T. Comunicação entre pais e filhos: como falar e agir no dia-a-dia das relações. **28ª ed. Integrare**, vol. 1, número 10, 2008.

MARTINS, C. A.; COLVERO, M. O. Protocolo para alívio de dor e sedação no recém nascido. Grupo Hospitalar Conceição Hospital Fêmeina - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Ministério da Saúde**, 2015.

MELO, G. M.; LÉLIS, A. L. P. A.; CARDOSO, M. V. L. M. L.; FARIAS, L. M.; BALBINO, A. C. Olhar materno sob a dor do filho recém-nascido. **Revista de Enfermagem da UFPE**, vol. 1, número 8, 2014.

MENDES, L. C.; FONTENELE, F. C.; DODT, R. C. M.; ALMEIDA, L. S.; CARDOSO, M. V. L.; SILVA, C. B. G. A dor no recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista de Enfermagem da UFPE**, vol. 11, número 7, 2013.

MESQUITA, R. M. Comunicação não-verbal: relevância na atuação profissional. **Revista Paulista de Educação Física**, vol. 11, número 2, 2010.

MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento. **Revista Eletrônica Inter-Legere**, vol. 1, número 13, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: **Método Canguru**. Brasília (DF); 2011.

MORSH, D. S.; BRAGA, M. C. N. A. À procura de um encontro perdido: o papel da preocupação médica primária na UTI. **Revista Latinoamericana**, vol. 4, número 10, 2010.

OLIVEIRA, R. M.; SILVA, A. V. S.; SILVA, L. M. S.; SILVA, A. P. A. D.; CHAVES, E. M. C.; BEZERRA, S. C. Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery**, vol. 15, número 2, 2011.

PRESTES, A. C. Y.; XAVIER, R. C. B.; SANTOS, G. M. S.; RUGOLO, L. M. S. S.; BENTLIN, M. R.; MAGALHÃES, M. Procedimentos dolorosos e analgesia em UTI Neonatal: o que mudou na opinião e na prática profissional em dez anos? **Journal Pediatric**, vol. 1, número 92, 2016.

REICHERT, A. P. S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, vol. 9, número 1, 2008.

SANTOS, M. C. C.; GOMES, M. F. P.; CAPELLINE, V. K.; CARVALHO, V. C. S. Avaliação materna da dor em recém-nascidos prematuros. **Revista Rene**, vol 6, número 16, 2015.

SCHMIDT, K. T.; SASSÁ, A. H.; VERONEZ, M.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. **Escola Anna Nery**, vol. 1, número 16, 2012.

SIMONS, S. H.; VAN, D. M.; ANAND, K. S.; ROOFTHOOF, D.; VAN, L. R. A.; TIBBOEL, D. Do we still hurt newborn babies? A prospective study of procedural pain and analgesia in neonates. **Archive Pediatric Adolescent**, vol 1, número 157, 2007.

TAMEZ, R. N. Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. **Revista Guanabara Koogan**, vol. 5, número 1, 2013.

VERONEZ, M.; CORRÊA, D. A. M. A dor e o recém-nascido de risco: percepção dos profissionais de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, vol. 15, número 2, 2010.

WANDERLEY, L. D.; BARBOSA, G. O. L.; PAGLIUCA, L. M. F.; OLIVEIRA, P. M. P.; ALMEIDA P. C.; REBOUÇAS C. B. A. Comunicação verbal e não-verbal de mãe cega durante a higiene corporal da criança. **Revista Rene**, vol. 11, número especial, 2010.

WINNICOTT, D. W. A preocupação materna primária. **Da pediatria à psicanálise**, 2010. (Obra original publicada em 1956).

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE I – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MARANHÃO/HU/UFMA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE DOR EM RECÊM-NASCIDOS INTERNADOS EM UNIDADE NEONATAL

**Pesquisador:** Zeni Carvalho Lamy

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 20776213 0.0000.5086

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 446.969

**Data da Relatoria:** 01/11/2013

#### Apresentação do Projeto:

Com o avanço do desenvolvimento tecnológico e científico, observa-se o emprego crescente de tratamentos invasivos e cuidados médicos e de enfermagem intensivos para manter a vida dos recém-nascidos gravemente enfermos. Se, por um lado esses profissionais se utilizam de alta tecnologia na assistência neonatal, por outro lado essa assistência pode ocasionar dor e sofrimento. Os meios necessários à detecção desse sofrimento doloroso são ainda subestimados, mas há atualmente um interesse crescente pela *segurança psíquica* do bebê pré-termo particularmente no que se refere à probabilidade de seguir em unidade de terapia intensiva. Como forma de atenção humanizada busca-se formas de minimizar o sofrimento ao máximo e, se possível, evitá-lo. Pesquisa qualitativa do tipo exploratória, com o objetivo de Avaliar a percepção de profissionais e de pais sobre dor em recém-nascidos internados em Unidade Neonatal a ser realizada no Hospital Universitário Unidade Materno-Infantil no setor da Neonatologia. Os dados serão coletados no período de janeiro a fevereiro de 2014, por meio de um questionário estruturado e entrevista semiestruturada. A análise dos resultados será realizada utilizando Análise de Conteúdo. Financiamento próprio.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA

**Município:** SÃO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**Fax:** (98)2109-1223

**E-mail:** cep@huufma.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MARANHÃO/HU/UFMA



Continuação do Parecer: 446-569

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

PROTOCOLO APROVADO por atender aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser inseridas na plataforma e encaminhada ao CEP HUUFMA de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

SAO LUIS, 05 de Novembro de 2013

Assinador por:  
Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa  
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65 020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

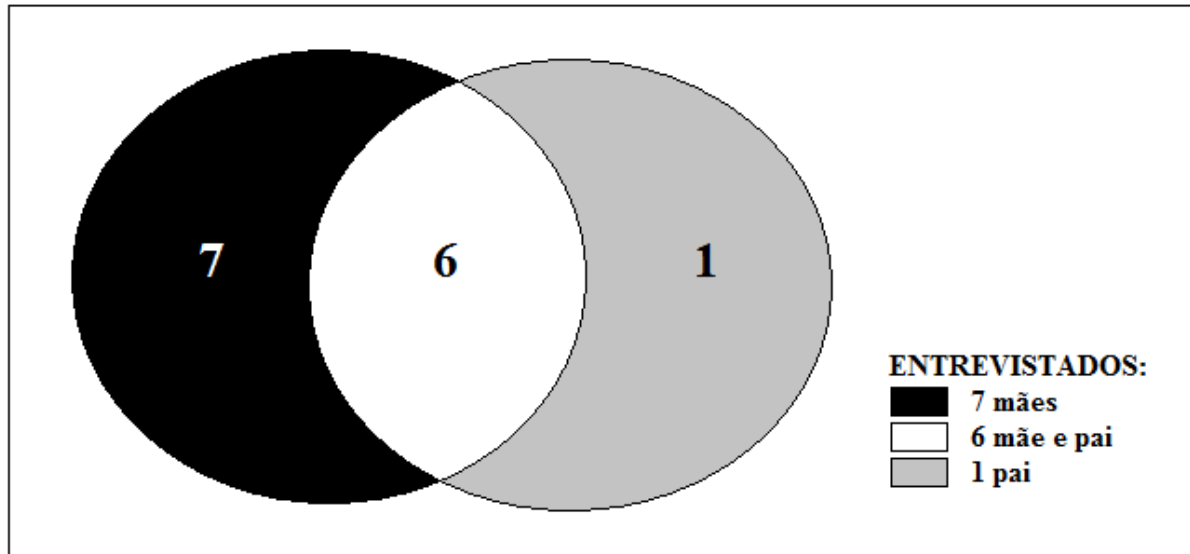
Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1223

E-mail: cep@hu/ma.br

Nov 05 de 13

## APÊNDICE II – FIGURA 1

**Figura 1.** Participantes do Estudo, São Luís, 2014.

**APÊNDICE III – QUADRO 1**

**Quadro 1.** Características sociodemográficas das mães entrevistadas, São Luís/MA, 2014.

| <b>CÓDIGO</b> | <b>IDADE<br/>(anos)</b> | <b>ESCOLARI<br/>DADE</b> | <b>SITUAÇÃO<br/>CONJUGAL</b> | <b>Nº<br/>FILHOS</b> | <b>PROFISSÃO</b>           | <b>RELIGIÃO</b>     |
|---------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------|----------------------|----------------------------|---------------------|
| Ânis          | 37                      | EMC                      | União Consensual             | 1                    | Técnica em contabilidade   | Católica            |
| Dália         | 19                      | EMC                      | União Consensual             | 1                    | Operadora de telemarketing | Não possui          |
| Lélia         | 22                      | EMC                      | União Consensual             | 1                    | Ajudante de cozinha        | Testemunha de Jeová |
| Hortência     | 29                      | ESC                      | Casada                       | 1                    | Farmacêutica               | Católica            |
| Lílian        | 27                      | EMC                      | Solteira                     | 1                    | Digitadora                 | Não possui          |
| Jasmin        | 35                      | EMC                      | União Consensual             | 1                    | Operadora de caixa         | Evangélica          |
| Amarílis      | 30                      | EMC                      | Casada                       | 1                    | Téc. Seg. do trabalho      | Católica            |
| Lúcia         | 32                      | EMC                      | Solteira                     | 1                    | Gerente de farmácia        | Católica            |
| Magnólia      | 27                      | EMI                      | União Consensual             | 2                    | Estudante                  | Católica            |
| Margarida     | 18                      | EFC                      | União Consensual             | 1                    | Estudante                  | Evangélica          |
| Íris          | 41                      | EFI                      | União Consensual             | 6                    | Pescadora                  | Católica            |
| Perpétua      | 33                      | EFI                      | União Consensual             | 6                    | Dona de casa               | Não possui          |
| Cravina       | 34                      | EMC                      | União Consensual             | 2                    | Dona de casa               | Cristã              |

Nota: EFI = Ensino Fundamental Incompleto; EFC = Ensino Fundamental Completo; EMI = Ensino Médio Incompleto; EMC = Ensino Médio Completo.



## APÊNDICE IV – QUADRO 2

**Quadro 2.** Características sociodemográficas dos pais entrevistados, São Luís/MA, 2014.

| <b>CÓDIGO</b> | <b>IDADE<br/>(anos)</b> | <b>ESCOLARIDADE</b> | <b>SITUAÇÃO<br/>CONJUGAL</b> | <b>Nº<br/>FILHOS</b> | <b>PROFISSÃO</b>   | <b>RELIGIÃO</b> |
|---------------|-------------------------|---------------------|------------------------------|----------------------|--|-----------------|
| Saramago      | 37                      | ESC                 | Casado                       | 1                    | Analista de saúde e segurança do trabalho/ Bacharel em direito | Católico        |
| Delfino       | 33                      | EMC                 | União Consensual             | 1                    | Gerente de farmácia  | Evangélico      |
| Narciso       | 35                      | EMC                 | União Consensual             | 1                    | Operador de rec. operacionais                                  | Evangélico      |
| Jacinto       | 26                      | EMC                 | União Consensual             | 2                    | Lavrador   | Católico        |
| Alisson       | 27                      | ESC                 | Casado                       | 2                    | Empresário   | Católico        |
| Florencio     | 30                      | EMC                 | Casado                       | 1                    | Representante com. autônomo                                    | Não possui      |
| Cosmos        | 39                      | EMC                 | União Consensual             | 2                    | Gerente de restaurante   | Evangélico      |

Nota: EMC = Ensino Médio Completo; ESC = Ensino Superior Completo.

### APÊNDICE V – QUADRO 3

**Quadro 3.** Características perinatais dos recém- nascidos internados, São Luís, 2014.

| RN                         | SEXO | APGAR<br>1°→5° min. | IG NASCIMENTO<br>(semanas) | PESO DE<br>NASCIMENTO (g) | PESO<br>ATUAL (g) | TEMPO DE<br>INTERNAÇÃO | DIAGNÓSTICO PRINCIPAL                                       |
|----------------------------|------|---------------------|----------------------------|---------------------------|-------------------|------------------------|---|
| RN de Anis                 | Masc | 2→6                 | 24                         | 724                       | 960               | 69d                    | Prematuridade Extrema                                       |
| RN de Dália                | Masc | 9→9                 | 31                         | 1400                      | 1610              | 26d                    | Prematuridade Extrema, DMH                                  |
| RN de Lélia                | Masc | 0→1                 | 34                         | 1640                      | 3390              | 5m3d                   | Prematuridade Extrema, anóxia                               |
| RN de Hortência e Saramago | Fem  | 6→7                 | 29                         | 680                       | 1045              | 44d                    | Prematuridade Extrema                                       |
| RN de Lílian               | Masc | 5→9                 | 30                         | 1050                      | 1030              | 49d                    | Prematuridade Extrema                                       |
| RN de Jasmim e Narciso     | Fem  | 9→9                 | 34                         | 1606                      | 1485              | 08d                    | Prematuridade Extrema                                       |
| RN de Amarílis e Florencio | Fem  | 2→8                 | 27                         | 755                       | 1705              | 38d                    | Prematuridade Extrema                                       |
| RN de Lúcia e Delfino      | Fem  | 4→7                 | 31                         | 1000                      | 980               | 27d                    | Prematuridade Extrema, Suspeita de Síndrome de Dandy Walker |
| RN de Magnólia e Jacinto   | Fem  | 8→9                 | 34                         | 1700                      | 1535              | 17d                    | Prematuridade Extrema                                       |
| RN de Margarida            | Masc | 7→9                 | 36                         | 2984                      | 2685              | 12d                    | Prematuridade Tardia, Gastrosquise                          |
| RN de Iris                 | Masc | 0→5                 | 29                         | 880                       | 1215              | 95d                    | Prematuridade Extrema, DMH                                  |
| RN de Perpétua             | Fem  | 9→9                 | 30                         | 1116                      | 1320              | 19d                    | Prematuridade Extrema, PIG, DMH                             |
| RN de Cravina e Cosmos     | Masc | 8→9                 | 31                         | 1200                      | 1275              | 23d                    | Prematuridade Extrema                                       |
| RN de Alisson              | Fem  | 9→9                 | 34s                        | 1675                      | 1425              | 15d                    | Prematuridade   |

Nota: Mas = Masculino; Fem = Feminino; (d) = dias; (m) = meses; DMH = Doença da Membrana Hialina; PIG = Pequeno para idade gestacional

## APÊNDICE VI – QUADRO 4

**Quadro 4.** Condutas e procedimentos relativos aos RN internados no HUMI, São Luís, 2014.

| RN                         | TIPO DE ACESSO                              | SUORTE VENTILATÓRIO | PROCEDIMENTOS DOLOROSOS  | MEDIDA DE ALÍVIO PARA A DOR REGISTRADA EM PRONTUÁRIO          | MEDIDA DE ALÍVIO PARA A DOR RELATADA PELOS PAIS |
|----------------------------|---|---------------------|--|---|---|
| RN de Anis                 | Acesso venoso periférico, dissecação venosa | S - VPM, VNI, CPAP  | Curativo, dissecação venosa, entubação e aspiração endotraqueal          | -   | 2 - Posição Canguru                             |
| RN de Dália                | Acesso venoso periférico                    | S - VPM/VPPI/CPAP   | Entubação difícil, sondagem orogástrica                                  | -   | 2 - Posição Canguru                             |
| RN de Lélia                | PICC, AVP                                   | S - VPM/VPPI        | Traqueostomia, gastrostomia, implantação de PICC                         | 1 - Morfina   | 1 -Paracetamol, glicose                         |
| RN de Hortência e Saramago | Cateter umbilical, AVP                      | S - VPM/VNI/CPAP    | Entubação difícil, sondagem orogástrica                                  | -   | 1 – Glicose                                     |
| RN de Lílian               | Cateter umbilical, dissecação venosa, AVP   | S - VPM/CPAP        | Dissecção Venosa   | -   | -   |
| RN de Jasmim e Narciso     | AVP   | S - VPM             | -  | -   | -   |
| RN de Amarílis e Florencio | Cateterismo venoso, AVP, PICC               | S - VPM/VPPI/CPAP   | Entubação difícil, implantação do PICC                                   | -   | 1 – Glicose                                     |
| RN de Lúcia e Delfino      | Cateterismo umbilical venoso, AVP, PICC     | S - VPM             | Entubação, implantação do PICC   | 1 - Morfina   | 1 - Não sabe precisar nomes                     |
| RN de Magnólia e Jacinto   | AVP   | S - VPM, CPAP       | Gasometria   | -   | -   |
| RN de Margarida            | AVP   | S - CPAP, VPM       | Correção de gastrosquise (tempo único, ao nascimento), estímulo retal    | 1 - Sedoanalgesia (Morfina) 2- Sucção não nutritiva (chupeta) | -   |
| RN de Iris                 | -   | S - VPM, VPPI, CPAP | Massagem cardíaca, entubação sonda retal, biópsia retal, punção arterial | 1 - Sedoanalgesia (fentanil)                                  | 2 - Canguru, Glicose                            |
| RN de Perpétua             | PICC, AVP                                   | S - VPM             | Implantação do PICC  | -   | 2 – Canguru                                     |
| RN de Cravina e Cosmos     | Cateter umbilical arterial e venoso, AVP    | N                   | -  | -   | -   |
| RN de Alisson              | 1º)AVP<br>2º)AVP                            | N                   | -  | -   | 2 – Glicose                                     |

Nota: PICC = Cateter Central de Inserção Periférica;AVP = Acesso Venoso Periférico; VPM = Ventilação Pulmonar Mecânica; VNI = Ventilação Não Invasiva; VPPI = Ventilação por Pressão Positiva. S = Sim; N = Não. 1 = Medida farmacológica; 2 = Medida não farmacológica.

## **ANEXOS**

## ANEXO I – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

| <b>DADOS DOS PAIS</b>   |  | Código |
|---|--|--------|
| 1. Nome:  |  |        |
| 2. Sexo: (1) Masculino(2) Feminino  | 3. Data de Nascimento: ___ / ___ / ___ |        |
| 4. Endereço:  |  |        |
| 5. Telefone:  |  |        |
| 6. Situação Conjugal:<br>(a) Casado (b) Solteiro (c) União consensual (d) Separado (e) Outros                           |  |        |
| 7. Profissão  | 8. Religião                            |        |
| 9. Escolaridade   | 10. N. de filhos                       |        |
| 11. Teve outro filho internado em UTI? ( ) Sim ( ) Não  |  |        |
| 12. Óbito ( ) Sim ( ) Não   |  |        |
| 13. Tempo Internação  | 14. Idade atual                        |        |
| <b>DADOS DO RN</b>  |  |        |
| 15. IG Nascimento   | 16. Idade Cronológica                  |        |
| 17. Peso de Nascimento  | 18. Peso Atual                         |        |
| 19. Sexo  | 20. APGAR 1ºmin/5ºmin                  |        |
| 21. Tempo de internação   | 22. Origem                             |        |
| 23. Diagnósticos principais   |  |        |
| 24. Tipo de acesso:   |  |        |
| 25. Suporte ventilatório ( ) Sim ( ) Não Qual?  |  |        |
| 26. Procedimentos dolorosos:  |  |        |
| 27. Medidas de alívio da dor registrada em prontuário<br>(1) Medidas farmacológicas:<br>(2) Medidas não farmacológicas: |  |        |
| 28. Medidas de alívio da dor observadas<br>(1) Medidas farmacológicas:<br>(2) Medidas não farmacológicas:               |  |        |
| 29. Medidas de alívio da dor relatadas pelos pais<br>(1) Medidas farmacológicas:<br>(2) Medidas não farmacológicas:     |  |        |

**ANEXO II – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

1- O que você pensa sobre os cuidados recebidos pelo recém-nascido na Unidade Neonatal?

2- Houve algum momento em que você achou que a equipe poderia ter agido de maneira diferente?

3- Como você vê o trabalho da equipe em situações de dor do seu filho?

4- Já houve momentos em que você percebeu que o seu filho sentiu dor?

5- Quais situações e procedimentos você acha que provoca dor nos recém-nascidos?

6- Como você reconhece que seu filho está sentindo dor?

7- O que você faz quando percebe que seu filho está sentindo dor?

8- O que o seu parceiro faz diante da dor no bebê?

## ANEXO III – TCLE

Universidade Federal do Maranhão  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Departamento de Saúde Pública

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: Avaliação da percepção de dor em recém-nascidos internados em unidade neonatal

Prezado Participante,

Você está sendo convidado a participar voluntariamente de uma pesquisa sobre avaliação da percepção de dor em recém-nascidos internados em unidade neonatal, sob orientação da prof<sup>a</sup> Dra. Zeni Carvalho Lamy. A pesquisa tem como objetivo principal avaliar conhecimentos dos pais com bebês internados na unidade neonatal sobre a dor do recém-nascido. Para isso não iremos alterar em nada a rotina da visita. A participação no estudo é voluntária, não implica em gastos e não há remuneração. Você será entrevistado sobre o tema da pesquisa. Responderá a um questionário e participará de uma entrevista semiestruturada. Em qualquer momento poderá deixar de responder a qualquer pergunta que não se sinta à vontade e inclusive, poderá deixar de participar da pesquisa. Os riscos em participar da pesquisa serão por desconforto ao compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns tópicos sentir incômodo em falar. A pesquisa poderá trazer benefícios para o seu cotidiano, ajudando a compreender questões associadas à identificação da dor do recém-nascido que poderão melhorar a sua prática com o seu filho e incentivar a implantação de protocolos de avaliação da dor e, conseqüentemente, melhorar o tratamento. Seu nome nunca será revelado no serviço. Os resultados serão publicados e apresentados à comunidade científica sem revelar a identidade de nenhum participante. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso exclusivo dos pesquisadores com garantia de anonimato. Você pode perguntar o que quiser da pesquisa, a qualquer momento. Tem direito de ouvir a gravação da sua entrevista e, caso queira, pode solicitar que seja apagada toda a gravação ou partes dela. Tem também o direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso acarrete nenhum prejuízo para você, na relação com seus familiares ou no vínculo com a instituição de internação do seu filho. Em caso de denúncias e questões éticas relacionadas à pesquisa, você poderá procurar o CEP para buscar ajuda e esclarecimentos. CEP- Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão Endereço: Rua Barão de Itapary, 227, 4º andar, Centro, São Luís. CEP: 65020-070 Fone: (98) 2109-1242

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contém duas vias idênticas, uma delas ficará com você. Cada via contém duas páginas, cada página será rubricada tanto pelo pesquisador responsável quanto por você.

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar do Projeto de Pesquisa da Prof<sup>a</sup> Dra. Zeni Carvalho Lamy, “**Avaliação da percepção de dor em recém-nascidos internados em unidade neonatal**”, como sujeito, após ter sido esclarecido (a) sobre o objetivo da pesquisa e como ela será realizada. Ficaram claros os propósitos do estudo, as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanentes. Estou ciente que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

**Contato com a pesquisadora responsável:**

Pesquisador (a): Zeni Carvalho Lamy  
Endereço: Rua Barão de Itapary, 155, Centro, São Luís. CEP: 65020-070  
Fone: (98)3232-5495 e-mail: zenilamy@gmail.com.br

São Luís, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste profissional para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_  
Responsável pela pesquisa

## ANEXO IV – NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO

| ESCOPO E POLÍTICA   |
|---|
| <p>Os Cadernos Saúde Coletiva (CSC) publicam trabalhos inéditos considerados relevantes para a área de Saúde Coletiva.</p> <p>Conflito de interesses: Todos os autores do manuscrito devem declarar as situações que podem influenciar de forma inadequada o desenvolvimento ou as conclusões do trabalho. Essas situações podem ser de origem financeira, política, acadêmica ou comercial.</p> <p>Questões éticas: Todos os artigos resultantes de pesquisas envolvendo seres humanos estão condicionados ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.</p> <p>O artigo deverá conter o número do processo e o nome do Comitê de Ética ao qual foi submetido e declarar, quando for o caso, e informar que os sujeitos da pesquisa assinaram o termo de consentimento informado. O Conselho Editorial de CSC poderá solicitar informações sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa, se achar necessário.</p> <p>Autoria: Todos os autores do manuscrito devem estar dentro dos critérios de autoria do International Committee of Medical Journal Editors: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.</p> <p>A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada no <u>Documento de responsabilidade pela autoria</u>.</p> <p>Processo de julgamento: Os artigos submetidos, que atenderem às Instruções aos colaboradores e estiverem de acordo com a política editorial da revista serão encaminhados para avaliação.</p> <p>Pré-análise: a primeira análise é feita pelos Editores Associados com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a saúde pública.</p> <p>Avaliação por pares: os artigos selecionados na pré-análise são enviados para avaliação por especialistas na temática abordada.</p> <p>O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.</p> <p>A revista adota softwares livres para identificação de plágio.</p> |
| FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS   |
| <p>Serão aceitos trabalhos em português, espanhol e inglês. A folha de rosto deve conter o título do trabalho, nome, titulação e o vínculo profissional de cada um dos autores, e o endereço, telefone e e-mail do autor principal.</p> <p>O artigo deve conter título do trabalho em português, título em inglês, resumo e abstract, com palavras-chave e key words. As informações constantes na folha de rosto não devem aparecer no artigo. Sugere-se que o artigo seja dividido em subitens. Os artigos serão submetidos a no mínimo dois pareceristas, membros do Conselho Científico dos Cadernos ou a pareceristas ad hoc. O Conselho Editorial do CSC enviará uma carta resposta informando da aceitação ou não do trabalho.</p>   |



A aprovação dos textos implica na cessão imediata e sem ônus dos direitos autorais de publicação nesta Revista, a qual terá exclusividade de publicá-los em primeira mão. O autor continuará a deter os direitos autorais para publicações posteriores.

**Formatação:** Os trabalhos devem estar formatados em folha A4, espaço duplo, fonte Arial 12, com margens: esq. 3,0 cm, dir. 2,0 cm, sup. e inf. 2,5 cm. O título deve vir em negrito; palavras estrangeiras, e o que se quiser destacar, devem vir em itálico; as citações literais, com menos de 3 linhas, deverão vir entre aspas dentro do corpo do texto; as citações literais mais longas deverão vir em outro parágrafo, com recuo de margem de 3cm à esquerda e espaço simples. Todas as citações deverão vir seguidas das respectivas referências. Todas as páginas devem estar numeradas.

**Ilustrações:** o número de quadros, tabelas e/ou figuras (gráficos, mapas etc.) deverá ser mínimo (em um máximo de 5 por artigo, salvo exceções, que deverão ser justificadas por escrito em anexo à folha de rosto).

**Tabelas:** Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título.

**Figuras:** As fotografias, desenhos, gráficos, mapas, etc. devem ser citados como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. As legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi..

As equações deverão vir centralizadas e numeradas sequencialmente, com os números entre parênteses, alinhados à direita.

**Resumo:** todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal (de 100 a 200 palavras) e sua tradução em inglês (Abstract); O resumo deverá apresentar de forma concisa a questão central da pesquisa, os métodos utilizados, os resultados e a resposta à questão central do trabalho. Deverão também trazer um mínimo de 3 e um máximo de 5 palavras-chave, traduzidas em cada língua (key words, palabras clave), dando-se preferência aos Descritores para as Ciências da Saúde, DeCS (a serem obtidos na página <http://decs.bvs.br/>).

**Agradecimentos:** As pessoas que prestaram alguma colaboração ao trabalho, mas que não preenchem os critérios de autoria, assim como instituições que apoiaram o trabalho podem ser mencionados, desde que deem permissão expressa para isto (Documento de responsabilidade pelos agradecimentos).

#### SERÃO ACEITOS TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES

**Artigos originais:** artigos resultantes de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual, ou ensaios teóricos; máximo de 4.000 palavras.

**Revisão:** revisão sistemática crítica sobre um tema específico; máximo de 4.000 palavras.

**Debate:** artigo teórico acompanhado de opiniões proferidas por autores de diferentes instituições, a convite do Editor; máximo de 6.000 palavras

**Notas:** relato de resultados preliminares ou parciais de pesquisas em andamento; máximo de 1.200 palavras.

**Opiniões:** opiniões sobre temas ligados à área da Saúde Coletiva, de responsabilidade dos autores, não necessariamente refletindo a opinião dos editores; máximo 1.800 palavras.

**Cartas:** devem ser curtas, com críticas a artigos publicados em números anteriores; máximo de 1.200 palavras.

#### ENSAIOS CLÍNICOS

Artigos que apresentem resultados de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número de registro do ensaio. Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)) e do Workshop ICTPR.

#### AS ENTIDADES QUE REGISTRAM ENSAIOS CLÍNICOS SEGUNDO OS CRITÉRIOS DO ICMJE

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

A norma adotada para elaboração das referências é Vancouver.

#### ENVIO DE MANUSCRITOS

Os autores deverão estar cadastrados no sistema da revista para a submissão de originais que deverão ser enviados online. O endereço eletrônico da revista é: <http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/>. Neste endereço é possível realizar o cadastro no sistema, assim como verificar as orientações gerais para a submissão, tais como: tipos de manuscritos aceitos, formatação.

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos