



Español

Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Percepciones de los profesionales sobre el dolor neonatal: estudio descriptivo

Danielle Lemos Querido¹, Marialda Moreira Christoffel¹,
Maria Estela Diniz Machado², Viviane Saraiva de Almeida¹,
Ana Paula Vieira dos Santos Esteves¹, Priscila Borges de Carvalho Matos¹

¹ Universidade Federal de Rio de Janeiro

² Universidade Federal Fluminense

RESUMEN

Objetivo: conocer las percepciones que los profesionales de salud tienen sobre el dolor en una unidad de terapia intensiva neonatal. **Método:** estudio exploratorio, descriptivo, cualitativo, realizado de marzo a noviembre de 2013 con 10 enfermeros, 40 técnicos de enfermería, dos fisioterapeutas y seis residentes de enfermería de una Maternidad Escuela de Rio de Janeiro. La técnica empleada para recolectar los datos fue una intervención educativa, donde las declaraciones se transcribieron y se sometieron al análisis de contenido temático. **Resultados:** emergieron tres categorías: "Identificando y evaluando el dolor del recién nacido en las situaciones dolorosas"; "Promoviendo el manejo no farmacológico del dolor"; "Identificando las barreras para el manejo del dolor en la Unidad Neonatal". **Conclusión:** en la percepción de los profesionales, el dolor existe y su evaluación y su manejo están presentes cotidianamente, sin embargo, el conocimiento sobre la temática todavía es embrionario y necesita ser profundizado para que exista una aplicabilidad en la práctica clínica asistencial.

Descriptor: Enfermería; Educación en Salud; Dolor; Recién-Nacido; Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los innúmeros avances tecnológicos en el área de la salud, las tasas de prematuridad todavía permanecen elevadas en algunos países⁽¹⁾. La sobrevida orgánica del recién nacido prematuro (RNPT) ha aumentado, haciendo que los neonatos con edades de gestación extremas y/o muy bajo peso al nacer, sobrevivan⁽¹⁾.

Para garantizar esta sobrevida, es necesario que el equipo de salud en la Unidad de Tratamiento Intensivo Neonatal (UTIN) realice un gran número de procedimientos terapéuticos invasivos de rutina y en este contexto, la presencia del dolor es una constante⁽²⁾.

Por consiguiente, el manejo del dolor neonatal debe ser siempre considerado y los profesionales de la UTIN deben ser capacitados y entrenados continuamente, de forma que el conocimiento teórico se refleje en la práctica profesional, objetivando el cuidado adecuado, cualificado y humanizado⁽³⁾.

En 1970, ya existía la preocupación sobre el subtratamiento del dolor, especialmente en recién nacidos y la dificultad para reconocer y evaluar el dolor en el período neonatal contribuye de forma negativa para que ese panorama se mantenga hasta hoy⁽⁴⁾.

En la literatura, se encuentran diversos estudios^(3, 2, 5, 6,7) que evidencian lagunas en relación a la capacitación de los profesionales para gestionar el dolor neonatal. Esos mismos estudios señalan hiatos entre la teoría y la práctica, y recomiendan estrategias dentro de la educación permanente para sensibilizar y capacitar a los profesionales para modificar la realidad asistencial.

En este sentido, la Política de Educación Permanente del Ministerio de Salud recomienda la reflexión sobre el trabajo y la construcción de procesos de aprendizaje colaborativo y significativo, a partir del uso de una metodología

que permita la construcción conjunta de la autonomía de los sujetos y de los equipos, con las subsecuentes transformaciones efectivas en los procesos de trabajo⁽⁸⁾.

Por este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo conocer las percepciones de los profesionales de salud sobre el dolor en una unidad de terapia intensiva neonatal.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo, con abordaje cualitativo, que realizó con profesionales de salud que actuaban en la Unidad de Tratamiento Intensivo Neonatal (UTIN) de una Maternidad Escuela en la ciudad de Rio de Janeiro, una intervención educativa como técnica para coleccionar los datos. Todos los encuentros se filmaron y se grabaron, lo que permitió obtener las informaciones relatadas por los profesionales.

Diez enfermeros, 40 técnicos de enfermería, dos fisioterapeutas y seis residentes de enfermería del Programa de Residencia Multiprofesional en Salud Perinatal de la institución participaron en el estudio.

Los criterios de inclusión fueron: ser profesional de salud del equipo multiprofesional actuando directamente en el cuidado del recién nacido en la UTIN. Como la intervención fue realizada en el transcurso del día de guardia del trabajador, se excluyeron a los profesionales que no pudieron interrumpir momentáneamente sus actividades debido a la logística de la guardia. Los profesionales médicos y residentes de medicina, a pesar de haber sido invitados, no comparecieron.

La selección de estos profesionales aconteció mediante una invitación verbal, realizada por la mañana, para que ellos se pudieran organizar y así participar del estudio.

La recolección de los datos ocurrió durante las intervenciones educativas en el período de marzo a noviembre de 2013 a partir de las discusiones en grupo relacionadas a la metodología. Los temas discutidos fueron: "Reflexión sobre la importancia de los sentidos a partir del simulacro de las sensaciones del bebé internado en la UTIN"; "Percepción de los profesionales en relación con la identificación y evaluación del dolor a partir de las reacciones de los recién nacidos" y, por último, trabajamos la cuestión del "Manejo no farmacológico del dolor neonatal".

Para cada tema fue realizada una dinámica que se iniciaba a partir de una situación-problema relacionada al contenido previamente determinado y después los profesionales presentaban sus percepciones en relación con la temática discutida, y esto reflejaba el modo como esos profesionales observan el fenómeno en el universo de sus valores.

A partir de ahí, fue posible conocer las percepciones sobre el dolor neonatal presentadas por el grupo, y aunque no hubo ningún tipo de evaluación de estas percepciones, se construyó el conocimiento colectivo de los profesionales que participaron del estudio, ya que muchas veces, demostraban comprender equivocadamente o superficialmente la temática.

El texto audiovisual obtenido a partir de la videograbación se vio numerosas veces y se transcribieron las discusiones en la íntegra. El contenido fue organizado y estructurado utilizándose la propuesta del análisis temático de Minayo⁽⁹⁾.

El material transcrito fue agregado y entonces, se procedió a la lectura fluctuante del mismo, delimitando las unidades temáticas por medio de palabras-claves recortadas del texto. Estas unidades temáticas se agruparon según su significancia dentro de la problemática abordada en el estudio, y se cuantificaron con el objetivo de identificar los asuntos más evidenciados por

los participantes. Las unidades temáticas fueron agregadas a partir de su representatividad en el contexto del manejo del dolor neonatal, constituyendo las categorías de análisis⁽⁹⁾.

Como la mayoría de los participantes de la investigación (equipo de enfermería) trabajaban haciendo guardia en escala de 24 horas de trabajo por 120 horas de descanso, fue necesaria la replicación de cada tema en seis días distintos, para hacer posible la participación de todos en los diferentes temas. De esta forma, se realizaron 18 encuentros.

El estudio fue sometido a la apreciación del Consejo de Ética y Pesquisas de la propia Institución, donde se siguieron los preceptos de la Resolución 466/2012 y fue aprobado con el nº 11257012.2.0000.5275. Los participantes contribuyeron de forma voluntaria con la investigación y firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido.

RESULTADOS

Tras la transcripción y análisis del material obtenido de las videograbaciones, se revelaron tres categorías: "Identificando y evaluando el dolor del recién nacido en las situaciones dolorosas"; "Promoviendo el manejo no farmacológico del dolor"; "Identificando las barreras para aplicar el conocimiento a la práctica".

Identificando y evaluando el dolor del recién nacido en las situaciones dolorosas

En esta categoría, evidenciamos la percepción de los profesionales relacionada a la identificación y evaluación del dolor del recién nacido delante de las innumerables situaciones dolorosas y estresantes a las que son sometidos durante su internación en la UTIN, puntuadas con precisión por los propios profesionales.

Con relación a la identificación del dolor neonatal, los profesionales lo detectan a partir de señales de comportamiento (alteraciones de la mímica facial, llanto, gritos, irritabilidad y movimientos corporales de las manos y brazos) y fisiológicos (taquicardia, bradicardia, apnea, disminución de la saturación de oxígeno, alteración de los signos vitales y taquipnea) presentados por los recién nacidos.

Él siente dolor, está incomodado, está taquicárdico [...] él frunce la frente [...] (Técnico de enfermería 1).

Nosotros observamos mucho la mímica facial y la manita, a veces una disminución de la saturación o apnea que creemos que puede ser secreción [...] pero es dolor[...] (Enfermero 2).

Cuanto a la evaluación del dolor en la UTIN, los participantes de este estudio, de una forma general, desconocían las escalas específicas para esa finalidad, que podrían utilizar en su práctica.

Ya en relación con las situaciones dolorosas y estresantes a las que son sometidos los recién nacidos durante su internación en la UTIN, los profesionales relataron: sensaciones desagradables de frío, caliente, miedo, dolor, inseguridad y susto; además de las características del propio ambiente de la UTIN, como iluminación, ruidos, innúmeras manipulaciones del recién nacido y conversaciones excesivas entre los profesionales. Ellos fueron capaces de identificar como procedimientos dolorosos la punción lumbar, punción arterial, punción venosa, punción de calcáneo, aspiración, retirada de adhesivo, cambio del pañal, uso del *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP), inserción de sonda oral y nasogástrica, intubación orotraqueal y administración de colirio.

[...] yo ya fui aspirada [...] es muy malo [...] (Fisioterapeuta 2).

[...] a toda hora viene alguien y pincha, abre la incubadora, interrumpe el sueño (Técnico de enfermería 2).

Barullo, ruido, luz [...] (Enfermero 1).

Promoviendo el manejo no farmacológico del dolor

En esta categoría, los profesionales consiguieron señalar innúmeras medidas no farmacológicas: uso de glucosa a 25%, succión no nutritiva, amamantamiento, medidas de confort, enrollamiento, calidez, aniñar, contención facilitada y posición canguro como estrategias que podían emplearse para aliviar el dolor en la UTIN.

[...] dos minutitos, glucosa a 25 % [...] (Enfermero 7).

[...] siempre que se vaya a hacer un procedimiento doloroso, usar una forma de prevenir aquel dolor, como succión no nutritiva [...] (Enfermero 1).

[...] Y, dependiendo del niño, da para hacerlo en el seno de la madre, amamantando, disminuye el dolor [...] (Enfermero 1).

[...] Aniñar al niño [...] todo el mundo hace un rollito como sabe, el niño se queda menos estresado (Técnico de enfermería 3).

[...] a veces está en una posición, usted lo cambia, él no llora más (Técnico de enfermería 7).

[...] método canguro que utilizamos hasta cuando el bebé siente dolor... (Enfermero 9).

Identificando las barreras para el manejo del dolor en la UTIN

En esta categoría, las declaraciones demostraron algunas dificultades encontradas por los profesionales sobre la identificación, evaluación y manejo del dolor neonatal en la práctica clínica diaria, como: falta de un conocimiento apropiado, falla de comunicación e integración del equipo multiprofesional y la falta de protocolos institucionalizados para el manejo del dolor neonatal.

[...] nadie sabía de eso [...] eso siempre fue a 50% [...] refiriéndose a la concentración incorrecta de glucosa que utilizó [...] (Técnico de enfermería 2).

[...] desanima [...] lo hacemos y lo dejamos [recién nacido] arregladito y después viene el médico, lo examina y lo deja de cualquier manera [...] [refiriéndose a la actitud de un médico que después de examinar al recién nacido no lo posicionó correctamente en la cama] (Técnico de enfermería 6).

Yo creo que para amenizar el dolor se tiene que hacer eso [...] conductas, rutinas [...] (Técnico de enfermería 6).

Si hubiese una escala de dolor, las personas se importarían más de verla para

poder observar. Y poder identificar si hay alguna cosa. ¿Y si hubiese alguna cosa en los balances? [refiriéndose al impreso donde se registra los signos vitales y el balance hídrico] ¿No? Corresponsable a eso [...] (Enfermero 2).

La escala me parece que tendría que ser usada todos los días [...] como rutina (Técnico de enfermería 15).

DISCUSIÓN

La identificación del dolor es primordial, pues solamente después de este reconocimiento los profesionales son capaces de realizar conductas direccionadas a su tratamiento. Vale resaltar que un abordaje preventivo del dolor también es esencial, pero para eso, los profesionales necesitan conocer los métodos para su manejo en la UTIN.

El dolor es capaz de afectar diversos sistemas de organismo, en especial el neuroendocrino y el cardiovascular. Como consecuencia, se observan alteraciones hormonales envolviendo la hipófisis, adrenal y el páncreas, generando disturbios en el metabolismo de las proteínas y de los carbohidratos. Se ha documentado también el aumento de las concentraciones de catecolaminas, hormona de crecimiento, glucagón, cortisol, aldosterona y otros corticosteroides, así como la supresión de la secreción de insulina. Ya en el sistema cardiovascular, se observan arritmias, hipertensión arterial y taquicardia⁽¹⁾.

Con relación a la identificación y evaluación del dolor del recién nacido en las situaciones dolorosas, los profesionales de salud de este estudio observan algunos parámetros fisiológicos y de comportamiento que se deben asociar al dolor, y que sirven como instrumento para

evaluarlo. Sin embargo, no fue mencionado el uso de escalas como herramientas para evaluar el dolor.

En una investigación realizada con enfermeras de un Hospital Universitario de Vitória/ES, el dolor neonatal también fue reconocido a partir de indicadores de comportamientos (llanto, actividad motora y mímica facial, como apretados, boca estirada, boca abierta, frente saliente, el surco nasolabial profundizado) e indicadores fisiológicos (frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno)⁽²⁾. Ese mismo estudio mencionó también que solo una enfermera conocía alguna escala de evaluación del dolor, en este caso, la *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS)⁽²⁾.

Alteraciones fisiológicas y de comportamiento también fueron citadas por enfermeros de seis hospitales públicos de Curitiba y Región Metropolitana (PR) que participaron de una investigación entre diciembre de 2014 y julio de 2015. Además, esos enfermeros concordaron que el uso de escalas para evaluar el dolor neonatal era importante para la práctica profesional, a pesar de que solamente 20% de ellos dijeron que utilizan alguna escala para esa finalidad en su práctica⁽¹⁰⁾.

La implementación del uso de una escala como rutina, sin embargo, no garantiza que los profesionales serán capaces de evaluar de forma adecuada el dolor, ya que se hace necesario que esos profesionales confíen en la escala escogida, así como su concordancia de que el instrumento es una herramienta precisa para evaluar el dolor⁽²⁾.

La evaluación rigurosa del dolor es una de las responsabilidades de los profesionales de enfermería que prestan asistencia a los recién nacidos internados en UTIN. Este control y prevención del dolor son necesarios no solamente por la cuestión ética, sino, principalmente, por las consecuencias que repetidas exposiciones dolorosas pueden tener en el desarrollo infantil a medio y largo plazo⁽²⁾.

Entonces, las declaraciones presentadas por los profesionales sobre las situaciones dolorosas a las que los recién nacidos se exponen en el ambiente de la UTIN demuestran que ellos comprenden que se trata de un local estresante y potencialmente generador de sufrimiento.

Otros autores verificaron que los profesionales que trabajan en la UTIN, de hecho notan que la presencia del dolor es constante en este ambiente y citan el cateterismo umbilical, la sonda gástrica, punción de calcáneo, inyección intramuscular o subcutánea, punción lumbar, entre otros^(11,12,7), como procedimientos dolorosos o potencialmente dolorosos.

No obstante, cuando se investigan las percepciones de los profesionales de salud, se puede decir que ni todos, notan los fenómenos de la misma forma.

En una investigación, la aspiración traqueal y el examen de fondo de ojo no fueron citados por los profesionales de salud como procedimientos en los que es necesario el uso de analgésicos o medidas no farmacológicas⁽¹²⁾. Pero otro estudio⁽¹¹⁾ demostró que las enfermeras notaban el dolor mejor que los médicos en algunos procedimientos, como intubación orotraqueal, punción venosa y cateterismo vesical.

Como los profesionales son capaces de observar el potencial doloroso de cada procedimiento realizado en el cotidiano de la UTIN, también están aptos a anticiparse al dolor, realizando métodos farmacológicos o no farmacológicos específicos de acuerdo con cada situación.

En este contexto, cuando nos referimos a la percepción de los profesionales del presente estudio, cuanto al manejo no farmacológico del dolor, podemos concluir que ellos se refieren a las medidas no farmacológicas ampliamente citadas en la literatura con fuertes evidencias científicas.

El resultado encontrado se asemeja al de algunos estudios en los que se cita el uso de

glucosa a 25% y succión no nutritiva^(3,10,12). Además, similar a otros estudios, el posicionamiento, la contención facilitada y los brazos maternos también aparecieron como medidas no farmacológicas para aliviar el dolor neonatal en esta investigación^(3,10,12).

En una investigación realizada en Ceará con técnicos de enfermería de una Unidad Neonatal, se observó que los profesionales realizan algunas medidas para aliviar el dolor, como succión no nutritiva, posicionamiento, agrupamiento de cuidados, entre otras, pero a pesar de eso, no existen protocolos o esquematización de esas medidas para manejar el dolor⁽¹³⁾.

Nota-se que os profesionales de este estudio citaron el amamantamiento y la posición canguro como medidas de alivio del dolor en consonancia con lo que dice la literatura⁽¹⁴⁾. Estas medidas no aparecen citadas en otros estudios^(3,12), lo que refuerza más una vez la premisa de que la comprensión del fenómeno que envuelve la gestión del dolor es individual.

El amamantamiento se presenta como una intervención para disminuir el dolor de los recién nacidos sometidos a punción de calcáneo y venosa. Este efecto se potencializa por la combinación del contacto piel con piel, succión y estímulos multisensoriales presentes en este acto⁽¹⁵⁾. Por otro lado, la colocación del bebé en la posición canguro reduce las señales fisiológicas y de comportamiento del dolor, siendo indicado que se inicie antes, y se mantenga durante y después del procedimiento doloroso⁽¹⁵⁾.

Estas intervenciones, a pesar de parecer muy simple en algunos momentos, tropiezan con la necesidad de que el equipo como un todo cambie su comportamiento, y tal vez, por ese motivo, sean tan difíciles de ser implementadas en la práctica clínica.

Con relación a las barreras identificadas para el manejo del dolor en la UTIN, en algunos momentos, a falta de un conocimiento de

acuerdo con lo recomendado por la literatura fue identificada.

De hecho, parece no haber una valorización de la temática del manejo del dolor neonatal, reflejándose en las pesquisas^(16, 3,5) que señalan una laguna en el conocimiento del equipo relacionado a algunos aspectos.

Hasta aquellos, que tuvieron gran parte de resultados positivos sobre el conocimiento de los profesionales relacionado a la evaluación y al manejo del dolor, todavía encontramos algunos profesionales que no están de acuerdo sobre la capacidad de los neonatos de sentir dolor y de los efectos adversos del dolor a largo plazo. Aunque sean una minoría, el hecho de estar presentes es perturbador⁽⁶⁾.

Una investigación que objetivó conocer las acciones del equipo de enfermería referentes a la evaluación del dolor en neonatos y niños durante el proceso de hospitalización en unidades de terapia intensiva reforzó los hallazgos de este estudio, apuntando como barrera para tratar el dolor en pediatría el déficit del conocimiento de los profesionales de enfermería⁽¹⁷⁾.

Aparte de eso, el dolor muchas veces es desvalorizado y preterido delante de los inúmeros acontecimientos de una UTIN y los profesionales tiende a dar más importancia a tecnologías de gran porte y a las patologías de una forma general, suprimiendo, conscientemente o no, el real valor del dolor.

Un factor que también apareció en la percepción de los profesionales como desfavorable a la gestión del dolor neonatal fue la falla en la comunicación entre enfermeros, médicos y pacientes.

De hecho, una comunicación inadecuada entre los miembros del equipo de salud es apuntada como una barrera en el proceso de trabajo, dificultando la implementación de evidencias en la práctica. La dificultad de compartir las informaciones entre gestores y empleados de

la asistencia y entre el equipo de una misma guardia se refleja en la falta de colaboración interprofesional, con consecuente perjuicio al cuidado⁽¹⁸⁾.

Enfermeros de cinco hospitales del estado de Connecticut (Estados Unidos de América) mencionaron como una de las tres principales estrategias observadas para mejorar la gestión del dolor, el hecho de existir una comunicación más abierta y continua dentro del equipo de salud⁽⁶⁾.

Esa interlocución perjudicada en el ámbito hospitalario, desde hace mucho tiempo constituye un problema en la relación entre los profesionales, influenciando negativamente el cuidado. Los profesionales inseridos en el equipo multidisciplinar muchas veces actúan separadamente, cada uno dentro de su especificidad, cuando deberían complementarse, cuidando al recién nacido de forma integral.

Un incremento para mejorar la gestión del dolor sería el uso de protocolos de evaluación y tratamiento del dolor⁽¹⁰⁾. De esta forma, la falta de un protocolo sistematizado en la unidad estudiada en esta investigación constituye una importante barrera en el manejo del dolor. Aunque es la realidad de algunas instituciones⁽¹⁹⁾, la existencia de un protocolo no garantiza su efectiva implementación en la práctica, con cambios de actitud.

Tal situación se puede ilustrar por medio de los resultados de pesquisas que refieren que, a pesar de la existencia de protocolos institucionales, los profesionales muchas veces no tienen ni siquiera conocimiento de esta herramienta. Además, aunque conozcan los protocolos, algunos profesionales no los utilizan como directriz en sus actividades asistenciales^(6,7,10).

Intervenciones educativas constituyen estrategias dentro de la Política de Educación Permanente a ser utilizadas con el objetivo de trascender la simple adquisición de habilidades

intelectuales y psicomotoras y se presentan como una alternativa para desarrollar potencialidades individuales y colectivas, con impacto positivo en el perfeccionamiento de los procesos de trabajo⁽⁸⁾.

Un estudio realizado en Recife, tras la organización de un grupo operativo con profesionales de una UTIN, direccionado a mejorar la evaluación y el manejo del dolor, demostró que los profesionales envueltos en esa intervención educativa observaron cambios en el manejo del dolor en la unidad y los relacionaron a las estrategias definidas e implementadas por el grupo operativo⁽¹⁶⁾.

Una investigación realizada en un hospital de enseñanza en la India, para evaluar una intervención educativa para que los enfermeros evaluaran el dolor pediátrico, contó con la participación de enfermeros que trabajaban en la unidad de terapia intensiva neonatal, enfermería pediátrica, unidad de terapia intensiva pediátrica y en el sector de cardiología pediátrica. Los resultados evidenciaron mejorías significativas entre los resultados totales pre y post test y sugiere que esos efectos pueden mejorar aún más a largo plazo, cuando se asocian a cambios curriculares en la formación de los profesionales y a la sensibilización del equipo⁽²⁰⁾.

CONCLUSIÓN

Por todo lo expuesto, las percepciones de los profesionales de salud sugieren que ellos conocen los indicadores fisiológicos y de comportamiento, indicativos de dolor neonatal e identifican las situaciones dolorosas a las que los recién nacidos se exponen.

Además, los profesionales fueron capaces de notar innúmeras medidas no farmacológicas para manejar el dolor, como la succión no nutritiva y el uso de glucosa a 25%. Infirieron,

incluso, medidas que son poco identificadas en otros estudios, como el contacto piel con piel del método canguro y el uso del amantamiento para aliviar el dolor. Aunque esa percepción se quede evidente, el conocimiento a veces es desactualizado y raso, revelando la necesidad de insertar la temática del dolor neonatal en la política de educación permanente de la institución.

Esta falta de conocimiento, asociada a la falla de comunicación entre el equipo y a la falta de protocolos, fue observada como una barrera para aplicar el conocimiento en la práctica relacionada a la gestión del dolor.

Este estudio trae contribuciones para el área de salud del recién nacido y para la investigación científica en enfermería, porque la identificación de las percepciones de los profesionales de salud en relación con el dolor neonatal funciona como base para un plan de acción de gestores que delante de este panorama, pueden proponer algunas estrategias para incrementar la calidad del manejo del dolor neonatal.

A pesar de que el presente estudio tuvo como objetivo conocer las percepciones de los profesionales de salud, la metodología utilizada para coleccionar los datos fue una intervención educativa y, de esta forma, fue posible, durante su realización, contribuir a la construcción del conocimiento colectivo del equipo, implicando en una práctica más segura y humanizada.

Por todo lo expuesto, se acentúa la necesidad de sensibilizar y capacitar constantemente a los profesionales con relación a la identificación, evaluación y manejo del dolor, pautados en evidencias científicas, y se refuerza que la capacitación debe acontecer en el cotidiano de la unidad, a partir de una metodología que envuelva el desarrollo de todos los profesionales del equipo multidisciplinar.

CITAS

1. Ministério da Saúde (Brasil), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Informações de Saúde: nascidos vivos. [homepage internet]. 2014 [cited 2016 22 Apr]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
2. Martins SW, Dias FS, Enumo SRF, Paula KMP. Pain assessment and control by nurses of a neonatal intensive care unit. *Rev Dor* [Internet]. 2013 [cited 2016 22 Apr] 14(1): 21-26. Available from <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v14n1/v14n1a06.pdf>. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132013000100006>.
3. Soares ACO, Caminha MFC, Coutinho ACFP, Ventura CMU. Dor em unidade neonatal: conhecimento, atitude e prática da equipe de enfermagem. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2016 [cited 2018 10 Jan] 21(2):01-10. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/42897/28163>. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i2.42897>
4. Nazareth CD, Lavor MFH, Sousa TMAS. Ocorrência de dor em bebês internados em unidade de terapia intensiva neonatal de maternidade terciária. *Revista de Medicina da UFC* [Internet]. 2015 [cited 2016 22 Apr] 1(55): 33-37. Available from: <http://www.revistademedicina.ufc.br/ojs/index.php/revistademedicinaufc/article/view/24/19>. doi:<http://dx.doi.org/10.20513/2447-6595.2015v55n1p33-37>.
5. Oliveira IM, Castral TC, Cavalcante MMFP, Carvalho JC, Daré MF, Salge AKM. Conhecimento e atitude dos profissionais de enfermagem sobre avaliação e tratamento da dor neonatal. *Rev Eletr Enferm.* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 11] 18:e1160. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.36782>.
6. Cong X, Delaney C, Vazquez V. Neonatal Nurses' Perceptions of Pain Assessment and Management in NICUs: A National Survey. *Advances in Neonatal Care.* [Internet]. 2013 [cited 2018 Jan 11] 13(5): 353-360. Available from: https://www.researchgate.net/publication/256664498_Neonatal_Nurses%27_Perceptions_of_Pain_Assessment_and_Management_in_NICUs_A_National_Survey doi: 10.1097/ANC.0b013e31829d62e8

7. Christoffel MM, Castral TC, Dare MF, Montanholi LL, Scochi CGS. Knowledge of healthcare professionals on the evaluation and treatment of neonatal pain. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 11]; 69(3):516-22. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/en_0034-7167-reben-69-03-0552.pdf doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690319i>
8. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [cited 2018 Jan 13]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_saude_movimento_instituente.pdf
9. MINAYO, M.C. (organizadora). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 9 ed. Petrópolis: Vozes, 2011.
10. Costa T, Rossato LM, Bueno M, Secco IL, Sposito NPB, Harrison D, et al. Nurses' knowledge and practices regarding pain management in newborns. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 11] 51:e03210. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03210.pdf doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016034403210reusp>
11. Britto CD, Rao Pn S, Nesargi S, Nair S, Rao S, Thilagavathy T et al. PAIN—Perception and assessment of painful procedures in the NICU. *J. trop. pediatr.* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 11] 60(6):422-427. doi: [10.1093/tropej/fmu039](https://doi.org/10.1093/tropej/fmu039).
12. Capellini VK, Daré MF, Castral TC, Christoffel MM, Leite AM, Scochi CGC Conhecimento e atitudes de profissionais de saúde sobre avaliação e manejo da dor neonatal. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 11] 16(2):361-9 Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.23611>. doi: [10.5216/ree.v16i2.23611](https://doi.org/10.5216/ree.v16i2.23611).
13. Mendes LC, Fontenele FC, Dodt RCM, Almeida LS, Cardoso MVLML, Silva CBG. A dor no recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2013 [cited 2018 Jan 12] 7(11):6446-54. Available from: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3007/7735 doi:[10.5205/ruol.3794-32322-1-ED.0711201318](https://doi.org/10.5205/ruol.3794-32322-1-ED.0711201318)
14. Prevention and Management of Procedural Pain in the Neonate: An Update. *Pediatrics* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 11] 137(2):e20154271. Available from: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2015-4271>
15. Motta GCP, Cunha MLC. Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2015 [cited 2016 22 Apr] 68(1): 131-135. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100131&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680118p>.
16. Aymar CLG, Lima LS, Santos CMR, Moreno EAC, Coutinho SB. Pain assessment and management in the NICU: analysis of an educational intervention for health professionals. *J Pediatr* [Internet]. 2014 [cited 2016 22 Apr] 90(3):308–315. Available from http://www.scielo.br/pdf/jped/v90n3/pt_0021-7557-jped-90-03-00308.pdf. doi: [10.1016/j.jped.2013.09.008](https://doi.org/10.1016/j.jped.2013.09.008)
17. Bottega FH, Benetti ERR, Benetti PE, Gomes JS, Stumm EMF. Evaluation of pain in neonates and children in intensive care. *J Res: Fundam Care* [Internet]. 2014 [cited 2016 22 Apr] 6(3):909-917. Available from http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3155/pdf_1330 doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i3.909-917>
18. Ritchie LMP, Khan S, Moore JE, Timming C, van Lettow M, Vogel JP et al. Low-and middle-income countries face many common barriers to implementation of maternal health evidence products. *Journal of Clinical Epidemiology.* 2016 [cited 2018 Jan 11] 76: 229-37. Available from: [http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(16\)00154-2/pdf](http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(16)00154-2/pdf) doi:[10.1016/j.jclinepi.2016.02.017](https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.02.017).
19. Ozawa M, Yokoo K. Pain management of neonatal intensive care units in Japan. *Acta Paediatr* [Internet]. 2013 [cited 2018 Jan 11] 128(4):366-72. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.12160/abstractreusp>. doi:[10.1111/apa.12160](https://doi.org/10.1111/apa.12160)
20. Dongara AR, Nimbalkar SM, Phatak AG, Patel DV, Nimbalkar AS. An Educational Intervention to Improve Nurses' Understanding of Pain in Children in Western India. *Pain Manag Nurs* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 11] 18(1):24-32. doi: [10.1016/j.pmn.2016.10.003](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2016.10.003).

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 17/09/2016
Revisado: 10/01/2018
Aprobado: 10/01/2018