



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MANEJO DE DOR NEONATAL:
CONTEXTO ORGANIZACIONAL, ESTRESSE E *COPING* DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE

SANDRA WILLÉIA MARTINS

Vitória, ES, 2014.

SANDRA WILLÉIA MARTINS

**MANEJO DE DOR NEONATAL:
CONTEXTO ORGANIZACIONAL, ESTRESSE E *COPING* DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Tese apresentada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial à obtenção de título de Doutor em Psicologia.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo

COORIENTADORA: Profa. Dra. Kely Maria Pereira de Paula

Vitória, ES,

Setembro de 2014.

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Martins, Sandra Willeia, 2014

R258pManejo de dor neonatal:Contexto organizacional, estresse e
*coping*dos profissionais de saúde/ Sandra Willeia Martins. – 2014.
258 f. : il.

Orientadora: Sônia Regina Fiorim Enumo.

Coorientadora: Kely Maria Pereira de Paula.

Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do
Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Prematuro. 2. Dor. 3. Estresse. 4. Ajustamento (Psicologia). I. Enumo,
Sônia

Regina Fiorim, 1954-. II. Paula, Kely Maria Pereira de, 1967-. III.
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e
Naturais. IV. Título.

CDU: 159.9

Manejo de dor neonatal: contexto organizacional, estresse e *coping* dos profissionais de saúde

Sandra Willéia Martins

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, para obtenção do título de Doutorem Psicologia.

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Sônia Regina Fiorim Enumo

Instituição: UFES (Orientadora)

Assinatura: _____

Professora Doutora Maria Beatriz Linhares

Instituição: Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto

Assinatura: _____

Professora Doutora Maria Aparecida Crepaldi

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

Assinatura: _____

Professora Doutora Ana Cristina Barros da Cunha

Instituição: Universidade Federal do Rio de Janeiro

Assinatura: _____

Professor Doutor Paulo Rogério Meira Menandro

Instituição: UFES

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À minha mãe e ao Professor Doutor Lídio, pelo exemplo, força e carinho.

Aos colegas do Hospital Dório Silva, pela confiança e colaboração.

Ao meu filho e esposo, pelo amor e cumplicidade.

Aos recém-nascidos e suas famílias, pela coragem e aprendizado.

AGRADECIMENTOS

Muito obrigado ou mesmo citar nomes é muito pouco para expressar minha gratidão por tantas pessoas que estiveram comigo durante toda a pesquisa. Não sei como agradecer a todos. Meu coração é muito grato, pois este trabalho tem um significado ímpar para meu crescimento profissional e como pessoa. Cada um tem um lugar especial na minha vida e deixo aqui o registro humilde do meu carinho por todos.

À minha orientadora, Professora Doutora Sônia Regina Fiorim Enumo, por sempre acreditar nas minhas ideias e pela oportunidade de conviver com uma pesquisadora de alto nível, o que me enche de orgulho. Não tenho como agradecer esses anos de aprendizado.

À minha coorientadora, Professora Doutora Kely Maria Pereira de Paula, por toda ajuda e por estar comigo nos momentos mais difíceis, para mim um porto seguro que eu podia descansar nos dias de tempestade. Não sei como agradecer tanta ternura e carinho.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-graduação em Psicologia, pela acolhida durante quatro anos. Agradeço essa convivência que fez a minha vida muito mais interessante.

Ao Professor Romildo de Azevedo, pela paciência, profissionalismo e carinho me conduzindo pelos caminhos da estatística do projeto até a conclusão.

Aos Professores Paulo Menandro e Thiago Moraes, pelas valorosas observações e orientações na qualificação.

À secretária, Lúcia Fajóli, pela competência e carinho que torna a burocracia divertida. Eu agradeço sua mão amiga sempre aberta a ajudar.

À minha irmã Janety agradeço sua ajuda e paciência na difícil tarefa de me ensinar a decifrar o computador e suas nuances. Não tenho palavras para lhe agradecer.

Agradeço ao meu pai, por ser meu pai.

Às minhas amigas Silvia, Alê, “Cláudias”, Mônica, Andrea e Junny, pela força e incentivo, sempre me apontando o caminho seguro em todos esses anos de convivência.

Não tenho palavras para agradecer a todos os colegas da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Doutor Dório Silva, que me auxiliaram a realizar este trabalho. Muito Obrigada: Cláudia, Luciene, Nilo, Jacqueline, Graciela, Josilaine, Mariluce, Gianini, Beatriz, Angélica, Flavia, Carla, Darcilaine, Penha, Cynthia, Fabio, Fernanda, Fabíola, Sandra, Simone, Valeska, Debora, Rosineia, Simone, Monyke, Sunny, Dayselane, Catia, Larissa, Julia, Maycon, Gilcimar, Sueli, Daniela, Marilene, Tetes, Maria Aparecida, Jaqueline, Aldaci, Simone, Sônia, Veronica, Michele, Hercília, Marleide, Rosangela, Dedalmira, Edina, Márcia, Wanuza, Neyde, Fernanda, Andrea, Geruza, Carmem, Leila, Evanilda, Solange, Nilcineia, Cláudia, Solange, Wilcinéia, Karina, Martinete, Scheila, Elizete, Rosana, Valeria, Daniela, Geovana, Elizabeth, Claudinete, Jocilene, Heliane, Raylane, Alexsandra, Rose Kelly, Jaqueline, Maria Jose, Jacilene, Eliete, Ruth, Heloisa, Vilma, Emanuelle, Ivanilda, Kelly, sem vocês eu não poderia tornar realidade este trabalho.

*“Comece fazendo o que é necessário,
depois o que é possível, e de repente você
estará fazendo o impossível.”*

São Francisco de Assis

Martins, Sandra Willéia (2014, set.). *Manejo da dor neonatal: Contexto organizacional, estresse e coping dos profissionais de saúde*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES. 258 pp.

RESUMO

A dor é um evento constante nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) devido à terapêutica necessária à sobrevivência do recém-nascido (RN), tendo consequências para seu desenvolvimento. Nesse ambiente, o manejo da dor pelos profissionais de saúde pode funcionar como mecanismo de proteção ao desenvolvimento do RN. Este manejo depende de fatores ligados ao profissional, como suas crenças sobre o recém-nascido RNPT (RNPT), seu conhecimento sobre as consequências da dor, suas habilidades para avaliação e tratamento no RN, suas estratégias de enfrentamento (*coping*), além de fatores relacionados à cultura organizacional da UTIN. Este estudo, com enfoque preventivo de riscos ao desenvolvimento infantil, teve por objetivo identificar, descrever e analisar as relações entre as variáveis socioculturais do estresse e enfrentamento no contexto do manejo de dor de RNPT na UTIN pela equipe médica e de Enfermagem, com o propósito de identificar fatores facilitadores e não facilitadores à futura implantação de um protocolo de alívio da dor na UTIN de um hospital público da Serra, ES. Para atingir os objetivos, quatro etapas foram realizadas para: 1) identificação e análise das concepções sobre o RNPT, a avaliação e o manejo da dor durante a realização de 20 procedimentos invasivos de rotina, utilizando um questionário, especialmente elaborado, aplicado aos 84 profissionais da UTIN; 2) identificação e análise dos níveis de estresse ocupacional pela versão brasileira do *Effort-Reward Imbalance* (ERI) e as estratégias de enfrentamento pela Escala de *Coping* Ocupacional (ECO) adaptada para a UTIN,

aplicados, individualmente, em 80 profissionais desta amostra; 3) identificação e análise de variáveis da cultura organizacional da UTIN que influenciam o manejo de dor, por meio da aplicação do Diagnóstico Ocupacional (DO) e da Escala de Clima Organizacional para Organizações de Saúde (ECOOS) adaptada para a UTIN em uma subamostra de 25 profissionais de saúde; além de um protocolo de entrevista sobre aspectos da cultura organizacional, especialmente elaborado, aplicado em 15 desses profissionais. Os dados obtidos foram organizados e analisados por estatística descritiva e inferencial. Os resultados evidenciaram a influência do fator organizacional no comportamento do profissional de saúde, em termos de seu engajamento ou não em práticas adequadas e efetivas de assistência ao recém-nascido. Mostraram também a complexidade do trabalho em uma UTIN, alertando para a necessidade de analisar as ações da equipe de saúde em termos das relações entre variáveis do ambiente, do paciente, do profissional e dos familiares. A identificação e análise dessas variáveis poderão subsidiar intervenções mais eficazes, voltadas à assistência humanizada oferecida ao RN, no que se refere ao tratamento da dor.

Palavras-chave: 1) Dor neonatal; 2) Cultura organizacional; 3) Enfrentamento; 4) Estresse; 5) Profissionais de saúde; 6) Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Área(s) de conhecimento (CNPq):

7.07.00.00 – 1 Psicologia;

7.07.10.00 – 7 Tratamento e Prevenção Psicológica;

4.01.01.08 – 8 Pediatria;

4.01.03.00 – 5 Saúde Materno-Infantil.

Martins, Sandra Willéia (2014, sept.). *Management the neonatal pain: Organizational context, stress and coping of healthcare professionals*. Doctoral Thesis, Graduate Program of Psychology, Federal University of Espirito Santo. Vitória, ES, Brazil. 258 pp.

ABSTRACT

Pain is a constant factor on the Neonatal Intensive-care Units (NICU) due to the treatment imposed on newborns in order to assist their survival, which presents consequences to their development. In this environment, the healthcare professionals and the way they deal with pain can function as a protection mechanism for the future development of the newborns. The handling of pain depends on factors connected to the professional such as the professional's beliefs concerning the premature, his knowledge about the consequences of pain, his skills to evaluate and treat the newborn, his coping strategies, and it depends on factors related to the organizational culture of the NICU. This study, which focused on preventing risks to child development, aimed to identify, describe and analyze the relations among the social and cultural variables of stress and of coping in the context of the handling of NICU premature' pain by the medical and nursing staff. This was done with the purpose of identifying factors that may facilitate and the ones that may not facilitate the future implementation of a pain relief protocol in the NICU of a public hospital in Serra, ES. To achieve such aims, four stages were done: 1) a questionnaire, which was specially elaborated to identify and analyze the conceptions about premature babies and the evaluation and handling of pain during the performance of 20 invasive routine procedures, was applied to the 84 professionals inside the NICU. 2) the identification and analysis of the occupational stress levels through the Brazilian version of the Effort-Reward Imbalance (ERI) Scale, and identification and analysis of the coping strategies through the Occupational Coping

Scale (ECO), which was adapted to NICU. Both scales were individually applied to 80 healthcare professionals. 3) the identification and analysis of the NICU organizational culture which influences the handling of pain, through the application of the Occupational Diagnosis (DO) and the Organizational Climate Scale for Healthcare Organizations (ECOOS), which was adapted to the NICU, in a subsample to 25 healthcare professionals. Besides that, a specially elaborated interview protocol on aspects of the organizational culture was applied to 15 of the 25 previously mentioned professionals. The data obtained were organized and analyzed through descriptive statistics. Os dados obtidos foram organizados e analisados por estatística descritiva. The results indicated the influence of the organizational factor in healthcare professionals' behavior, in terms of their engagement in adequate and effective newborn care practices. Results also showed the complexity of the NICU work, alerting to the need of analysis of healthcare staff actions in terms of relations within environmental, patient, professional and family members' variables. The identification and analysis of these variables can provide for more effective interventions, which focused on humanized care to be offered to the newborn, when it comes to the treatment of pain.

Keywords: 1) Neonatal pain; 2) Organizational Culture; 3) Coping; 4) Stress; 5) Healthcare Professionals; 6) Neonatal Intensive-care Unit.

Knowledge Areas (CNPq):

7.07.00.00 – 1 Psychology;

7.07.10.00 – 7 Psychological Prevention and;

4.01.01.08 – 8 Pediatrics;

4.01.03.00 – 5 Mother and Child Health.

Martins, Sandra Willéia (2014, set.). Gestion de la douleur du nouveau-né: le contexte organisationnel, le stress et d'adaptation des professionnels de la santé. Thèse de Doctorat, Programme D'Études Supérieures em Psychologie, Université Fédérale de Espirito Santo. Vitória, Brésil. 258 pp.

RÉSUMÉ

La douleur est un événement constante dans les unités néonatales de soins intensifs (USIN) en raison d'une exigence pour la survie du nouveau-né (NB) thérapeutique, et les conséquences pour leur développement. Dans ce contexte, la gestion de la douleur par les professionnels de la santé peut fonctionner comme un mécanisme de protection pour le développement de la RN. Cette gestion dépend de facteurs liés au professionnel, que leurs croyances au sujet de l'absence de connaissance sur les conséquences de la douleur, vos compétences pour l'évaluation et le traitement des nouveau-nés, leurs stratégies pour les prématurés, d'adaptation (adaptation), ainsi que les facteurs liés à la culture organisationnelle de l'USIN. Cette étude, sur une approche préventive des risques pour le développement de l'enfant, qui vise à identifier, de décrire et d'analyser les relations entre les variables socio-culturelles de stress et d'adaptation dans le cadre de la gestion de la douleur des bébés prématurés à l'USIN par le personnel médical et infirmier, dans le but de faciliter pour identifier les facilitateurs et non la mise en œuvre future d'un protocole pour le soulagement de la douleur à l'USIN d'un hôpital public à Serra, ES. Pour atteindre les objectifs, quatre étapes ont été réalisées: 1) identifier et analyser les conceptions de prématuré, de l'évaluation et de la gestion de la douleur au cours des 20 procédures invasives de routine, à l'aide d'un questionnaire spécialement conçu, appliqué à 84 professionnels USIN; 2) l'identification et l'analyse des niveaux de stress au travail par la version brésilienne du déséquilibre effort-récompense (ERI) et les stratégies d'adaptation de l'échelle des professions (ECO) adapté à

l'USIN, appliqués individuellement à 80 professionnels de la santé; 3) l'identification et l'analyse des variables de la culture organisationnelle qui influencent la gestion de l'USIN de la douleur par l'application de diagnostic des professions (DO) et organisationnelle échelle climatique pour les organismes de santé (ECOOS) adaptés à l'USIN dans un sous-échantillon de 25 professionnels de la santé; plus un protocole d'entrevues sur les aspects de la culture organisationnelle, en particulier créé et appliqué dans 15 de ces professionnels. Les données ont été organisées et analysées à l'aide de statistiques descriptives. Les résultats ont montré l'influence des facteurs organisationnels sur le comportement des professionnels de la santé en termes de leur engagement ou non des pratiques de soins appropriés et efficaces pour les nouveau-nés. A également montré la complexité de l'œuvre dans une USIN, soulignant la nécessité d'analyser les actions de l'équipe de santé en termes de relation entre les variables environnementales, patiente, professionnelle et familiale. L'identification et l'analyse de ces variables peuvent soutenir des interventions plus efficaces visant à humanisation des soins fournis aux nouveau-nés, en ce qui concerne le traitement de la douleur.

Mots-clés : 1) La douleur néonatale ; 2) La culture organisationnelle ; 3) Faire face ; 4) Le stress ; 5) Professionnels de la santé ; 6) Unité de Soins Intensifs Néonataux.

Domaines de connaissance (CNPq) :

7.07.00.00 – 1 Psychologie ;

7.07.10.00 – 7 Prévention et psychologique ;

4.01.01.08 – 8 Pédiatrie ;

4.01.03.00 – 5 Santé maternelle et infantile.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa estrutural da tese.....	27
Figura 2	Um modelo sociocultural de estresse, <i>coping</i> e adaptação.....	45
Figura 3	O contexto, e o <i>self</i> como recursos de enfrentamento.....	54
Figura 4	Fluxograma da composição da amostra.....	68
Figura 5	Variáveis do contexto e do <i>self</i> relacionadas ao manejo da dor neonatal por profissionais de saúde.....	155
Figura 6	Modelo de relações de variáveis socioculturais de estresse e <i>coping</i> e adaptação dos profissionais de saúde da UTIN.....	157

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Variáveis relacionadas ao manejo da dor neonatal.....	43
Tabela 2	Categorias motivacionais de enfrentamento.....	52
Tabela 3	Dados sociodemográficos dos profissionais (N= 84).....	69
Tabela 4	Caracterização dos profissionais em termos de trabalho.....	70
Tabela 5	Resumo das etapas da pesquisa, participantes e instrumentos.....	82
Tabela 6	Resumo das etapas do estudo e número de participantes.....	95
Tabela 7	Respostas sobre as características do RNPT com dor, segundo profissionais de UTIN (N=84).....	96
Tabela 8	Respostas de profissionais da UTIN sobre a dor neonatal e suas consequências (N=84).....	97
Tabela 9	Avaliação e consequências da dor no recém-nascido, segundo profissionais de UTIN (n=15).....	98
Tabela 10	Avaliação do grau de dor neonatal em 20 procedimentos invasivos de rotina, por profissionais da UTIN (N=84).....	99
Tabela 11	Diferenças entre profissionais da UTIN quanto ao grau de dor neonatal em procedimentos invasivos (N=84).....	100
Tabela 12	Grau de dor neonatal em sete procedimentos de rotina, segundo profissionais da UTIN (N=84).....	101
Tabela 13	Intensidade de dor do RNPT comparada ao adulto, em procedimentos invasivos, segundo profissionais da UTIN (N=84)..	102
Tabela 14	Diferenças entre os profissionais da UTIN quanto à intensidade de dor do RNPT comparada à do adulto em procedimentos invasivos (N=84).....	103
Tabela 15	Níveis de estresse dos profissionais da UTIN durante a realização de procedimentos invasivos em neonatos (N=84).....	104
Tabela 16	Prática de analgesia de profissionais da UTIN em procedimentos invasivos (N=84).....	105
Tabela 17	Avaliação entre os profissionais da UTIN quanto à prática de analgesia em procedimentos invasivos (N=84).....	106
Tabela 18	Analgesia esperada de profissionais da UTIN em procedimentos invasivos (N=84).....	107
Tabela 19	Avaliação dos profissionais da UTIN quanto à analgesia esperada em procedimentos invasivos (N=84).....	108
Tabela 20	Frequência de analgesia esperada em procedimentos invasivos, segundo profissionais da UTIN (N=84).....	109
Tabela 21	Patologias com manejo de alívio de dor, segundo profissionais da UTIN (n=84).....	110

Tabela 22	Relatos sobre a dor neonatal, segundo entrevista com profissionais da UTIN (n=15).....	112
Tabela 23	Proporção de respostas sobre as concepções de RNPT de acordo com peso de nascimento, segundo profissionais da UTIN (N=84)	114
Tabela 24	Concepções de profissionais da UTIN sobre o RNPT (n= 15)...	117
Tabela 25	Porcentagem de respostas de profissionais da UTIN nas colunas do Diagnóstico Organizacional (n=25).....	120
Tabela 26	Porcentagem de respostas dos médicos nas colunas do Diagnóstico organizacional (n=8).....	122
Tabela 27	Porcentagem de respostas dos enfermeiros nas colunas do Diagnóstico Organizacional (n= 9).....	125
Tabela 28	Porcentagem de respostas dos técnicos de enfermagem nas colunas do Diagnóstico Organizacional (n=8)	128
Tabela 29	Diagnóstico organizacional em profissionais da UTIN (n=25).....	129
Tabela 30	Resumo do Diagnóstico Organizacional, segundo avaliação da equipe médica e de enfermagem da UTIN (n=25).....	130
Tabela 31	Proporção de respostas dos profissionais da UTIN nas categorias e dimensões do Clima Organizacional (n=25).....	134
Tabela 32	Relatos do funcionamento e organização da UTIN, segundo entrevista com profissionais de saúde (n=15).....	136
Tabela 33	Relações entre avaliação das áreas do Diagnóstico Organizacional e as necessidades básicas psicológicas dos profissionais da UTIN (n=25).....	139
Tabela 34	Funcionamento e organização da UTIN relacionada às necessidades psicológicas básicas dos profissionais de saúde (n=15).....	140
Tabela 35	Média de estresse ocupacional de profissionais da UTIN (n=80)..	144
Tabela 36	Estressores do trabalho, segundo entrevista dos profissionais de UTIN (n=15).....	146
Tabela 37	Média das estratégias de enfrentamento do estresse ocupacional de profissionais da UTIN pela Escala de Coping Ocupacional (ECO) (n=80).....	147
Tabela 38	As estratégias de enfrentamento do estresse ocupacional, segundo os profissionais da UTIN (n=15).....	149
Tabela 39	Fatores que facilitam ou dificultam o manejo da dor neonatal, segundo profissionais da UTIN (N=84).....	152

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação em Pesquisa	212
APÊNDICE B	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação em Pesquisa.....	214
APÊNDICE C	Questionário de dados sociodemográficos e funcionais.....	216
APÊNDICE D	Questionário sobre concepção de RNPT, avaliação e manejo da dor.....	217
APÊNDICE E	Roteiro de entrevista sobre concepção de RNPT, a dor neonatal, estresse e enfrentamento ocupacional no ambiente da UTIN.....	221
APÊNDICE F	Pain assessment and control by nurses of a neonatal intensive care unit.....	222
APÊNDICE G	Clima organizacional e suas influencias no manejo da dor neonatal.....	223
APÊNDICE H	Dados completos sobre a dor em procedimentos invasivos de rotina.....	230
APÊNDICE I	Resultados da ECOOS por profissionais de saúde..	245

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A	Effort-Reward Imbalance – ERI.....	250
ANEXO B	Escala de <i>Coping</i> Ocupacional.....	252
ANEXO C	Escala de Clima Organizacional para Organizações de Saúde – UTIN.....	254
ANEXO D	Carta de Aprovação da Pesquisa do Comitê de Ética em Pesquisa da UFES.....	256
ANEXO E	Carta de Aprovação da Pesquisa do Comitê de Ética em Pesquisa da SESA.....	257

LISTA DE SIGLAS

E – Enfermeiro

ES – Estado do Espírito Santo

ECO- Escala de *Coping* Ocupacional

ECOOS - Escala de Clima Organizacional para Organizações de Saúde

ERI – Effort-Reward Imbalance

GIG – Grande para idade gestacional

HDDS – Hospital Doutor Dório Silva

IASP – *International Association for Study of Pain*

M - Médico

NEC – Enterocolite Necrosante

NFCS – *Neonatal Facial Coding System*

NIPS – *Neonatal Infant Pain Scale*

OMS – *Organização Mundial de Saúde*

PICC – Cateter central de inserção periférica

PIG – Pequeno para idade gestacional

PIPP – *Premature Infant Pain Profile*

PS – Profissional de saúde

RN – Recém-nascido

RNPT – Recém-nascido RNPT

SESA/ES – Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TE – Técnico de enfermagem

TOT – Tubo orotraqueal

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

UTIN – Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	23
1. INTRODUÇÃO.....	28
1.1 A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, a Dor Neonatal e o Desenvolvimento Infantil.....	31
1.2 O manejo de dor e suas variáveis.....	34
1.3 A avaliação da dor neonatal.....	36
1.4 O estresse ocupacional no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	38
1.5 O enfrentamento de estressores na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	44
1.5.1 Manejo da dor neonatal: uma questão motivacional.....	49
1.6 O problema de pesquisa.....	56
1.7 Objetivos.....	62
2 MÉTODO.....	64
2.1 Participantes.....	65
2.2 Local de coleta de dados.....	70
2.3 Instrumentos e materiais.....	72
2.4 Procedimento.....	76
2.4.1 Estudo-piloto.....	76
2.4.2 Etapa 1 da coleta de dados.....	78
2.4.3 Etapa 2 da coleta de dados.....	79
2.4.4 Etapa 3 da coleta de dados.....	80
2.4.5 Etapa 4 da coleta de dados.....	80
2.5 Processamento e análise de dados.....	83
2.5.1 Organização e processamento dos dados das escalas e entrevistas...	83
2.5.2 Análise descritiva dos dados.....	90
2.5.3 Análise inferencial dos dados.....	91
2.6 Análise ética, de riscos e benefícios, limitações.....	92
3 RESULTADOS.....	94
3.1 Concepção, avaliação e manejo da dor neonatal por profissionais de Unidade Terapia Intensiva Neonatal.....	95

3.1.1	Avaliação da dor pelos profissionais de saúde.....	95
3.1.2	A dor em procedimentos invasivos de rotina na UTIN.....	98
3.1.3	Concepções sobre prematuridade e dor do neonato.....	114
3.1.4	Resumo dos dados sobre concepção, avaliação e manejo da dor neonatal por profissionais de saúde de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	118
3.2	Condições de trabalho que podem influenciar no manejo da dor neonatal.....	119
3.2.1	Diagnóstico organizacional da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	119
3.2.1	Diagnóstico organizacional, segundo os médicos de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	116
3.2.1	Diagnóstico organizacional, segundo os enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	119
3.2.1	Diagnóstico organizacional, segundo os técnicos de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	122
3.2.2	Clima organizacional da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	131
3.3	Resumo dos dados sobre diagnóstico e clima organizacional da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	142
3.4	Estresse no trabalho.....	143
3.5	<i>Coping</i> ocupacional dos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	147
3.6	Resumo dos dados de estresse e coping dos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	150
3.7	Fatores que facilitam e dificultam o manejo da dor neonatal.....	150
4	DISCUSSÃO.....	158
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	173
	REFERÊNCIAS.....	175
	GLOSSÁRIO.....	208
	APÊNDICES.....	212
	ANEXOS.....	250

APRESENTAÇÃO

Esta Tese de Doutorado apoia-se em trajetória construída ao longo de vinte anos de trabalho médico, como neonatologista, em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de dois hospitais públicos da Região Metropolitana de Vitória, ES. Relaciona-se ao estudo realizado no Mestrado em Psicologia na UFES, cujo tema central foi à concepção médica de recém-nascido [RN], visando a compreender como médicos de uma UTIN concebiam o neonato, em uma perspectiva da interação com esse ambiente (Martins, 2002). Os dados da Dissertação mostraram que era necessária uma mudança na concepção de recém-nascido RNPT (RNPT) dos neonatologistas para que pudesse aperfeiçoar e utilizar métodos de avaliação do desenvolvimento no período neonatal. A reflexão desses profissionais sobre a interação entre o RNPT e o ambiente da UTIN foi o fator primordial para facilitar a realização de medidas de intervenção e estimulação precoce, com o objetivo de proporcionar um tratamento adequado e um futuro promissor aos bebês sobreviventes.

A partir do Mestrado, minha identidade profissional foi se consolidando de maneira gradativa por uma prática médica não somente preocupada com a manutenção da vida do RN, mas também com a qualidade de vida após a alta hospitalar. Nesse contexto, participei de pesquisa integrada¹, entre 2006 e 2009, realizada na UTIN e no Ambulatório de Neurologia do Hospital “Dr. Dório Silva”, localizado na Serra, ES (Enumo, Paula, & Queiroz, 2012). Entre vários estudos, foram analisadas as variáveis de nascimento e a avaliação neurológica realizada por 12 anos em 1.662 crianças (zero a sete anos) (Martins et al., 2007), mostrando o impacto das condições adversas no nascimento, como a prematuridade e o baixo peso, no desenvolvimento dessas crianças,

¹CNPq/MCTI (Edital 02-2006; Proc. n. 485564/2006-8) - *Avaliação e intervenção psicológica com crianças nascidas pré-termo e com baixo peso, suas mães e profissionais da UTIN*- coordenação da Professora Doutora Sônia Regina Fiorim Enumo.

especialmente entre um e três anos de idade (Silveira & Enumo, 2012), e na pré-escola, aos cinco anos (Oliveira, Enumo, Azevedo, & Queiroz, 2011; Oliveira, Enumo, Paula, Dias, & Turrini, 2012; Stursa, Queiroz, & Enumo, 2010; Turrini, Enumo, Ferrão, & Monteiro, 2010; Turrini, Oliveira, Garioli, & Enumo, 2014).

A influência do conhecimento adquirido na área da Psicopatologia do Desenvolvimento (Cicchetti, 1984; Rutter & Sroufe, 2000) e da Psicologia Pediátrica (Barros, 2003; Crepaldi, Rabuske, & Gabarra, 2006; Robert & Steele, 2009) sobre a influência da interação do neonato com o ambiente hospitalar no desenvolvimento futuro (Linhares et al., 2004; Melnyk, Feinstein, & Fairbanks, 2006) e a importância do profissional como mediador na proteção ou no risco para a saúde física e mental do bebê (Melnyk et al., 2006; Raeside, 1997), determinou a busca de um novo saber, na tentativa de identificar alguns fatores relacionados ao ambiente e ao trabalho na UTIN, passíveis de intervenção, com o objetivo de tornar o período de internação favorável ao desenvolvimento físico, mental e emocional da criança. Foram, então, analisadas os níveis de estresse de 72 profissionais da UTIN (Enumo et al., 2007), subsidiando duas intervenções voltadas à humanização e melhoria no atendimento aos bebês e suas famílias (Ramos, 2012; Roseiro, 2010), analisando-se também as concepções desses profissionais sobre o desenvolvimento Infantil (Ramos, Enumo, Paula, & Vicente, 2010).

O contato com esses estudos e com a disciplina de Psicologia Pediátrica durante o curso de Doutorado ajudou a reconhecer a relevância dos aspectos psicológicos (comportamentais, cognitivos e emocionais) na prevenção e tratamento dos problemas de saúde infantil. Fazendo uma pequena apresentação, a Psicologia Pediátrica é uma área de intervenção interdisciplinar preventiva e educacional do subdomínio da Psicologia da Saúde, que se ocupa do desenvolvimento global da criança e do

adolescente, como objeto de estudo e intervenção (Barros, 2003). Analisa os efeitos da saúde e da doença no desenvolvimento, assim como as perturbações ou desvios desse processo, de forma a colaborar com o cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população infantil como preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2012)².

No contexto da UTIN, a Psicologia Pediátrica auxilia na definição de intervenção preventiva e educativa adequada para problemas de comportamento e desenvolvimento na infância que podem afetar o RN internado, mas principalmente, aquele que nasce antes de completar 37 semanas de idade gestacional ou RNPT (Silva & Alvarenga, 1995). Neste caso, uma variável de impacto no desenvolvimento é a quantidade de procedimentos médicos dolorosos a que os RN são submetidos, que podem variar de pouco a extremamente dolorosos (Porter, Wolf, Gold, Lotsoff, & Miller, 1997). As consequências dessa condição adversa têm sido estudadas mais recentemente (Grunau, 2013); mas, ainda “[...] *não há indicador, medida ou abordagem ‘padrão-ouro’*” (Lee & Steven, 2014, p. 353), continuando um desafio entender o processo de avaliação e manejo da dor neonatal. Esta passou, então, a ser a questão central a presente pesquisa de Doutorado.

Esta Tese está organizada em cinco partes – Introdução, Método, Resultados, Discussão e Considerações Finais. Na Introdução, a literatura científica sobre a dor neonatal, no contexto da UTIN, foi revisada no aspecto da influência para o desenvolvimento infantil, o manejo e suas variáveis e avaliação. A compreensão da influência do estresse ocupacional e seu enfrentamento no ambiente de trabalho pelos

²A PNAB regulamenta a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) que constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial com diversos atributos. Os serviços de saúde são espaços determinados caracterizados por distintas densidades tecnológicas que formam os pontos de atenção à saúde das RAS. A Maternidade e a UTIN são exemplos de pontos de atenção à saúde localizados nos hospitais (Brasil, 2012).

profissionais de saúde foi à base para o entendimento do manejo da dor como uma questão motivacional desse profissional.

Os objetivos deste trabalho foram, então, delineados no interesse de entender as variáveis relativas ao neonato, ao profissional e ao ambiente da UTIN que influenciam direta ou indiretamente a prática de analgesia efetiva e adequada durante a internação.

O método utilizado na condução do trabalho foi descrito de forma a contemplar o delineamento da pesquisa, os participantes, o local de coleta dos dados, os instrumentos e os aspectos éticos observados no decorrer deste estudo. As escalas utilizadas foram adaptadas ao tipo de participantes e o roteiro de entrevista elaborado para subsidiar dados qualitativos que foram comparados aos dados quantitativos. Os estudos-pilotos que serviram de base para adequação dos instrumentos da pesquisa foram descritos no Método.

Os Resultados estão organizados em seções que descrevem a concepção, a avaliação e o manejo da dor neonatal, as condições do trabalho que influenciam esse manejo, o estresse ocupacional e as estratégias de enfrentamento frente estressores laborais que correlacionam com os fatores do contexto, e que, por sua vez, podem facilitar ou dificultar a realização de medidas de alívio em 20 procedimentos invasivos de rotina.

A Discussão dos resultados está fundamentada com os aspectos da influência do contexto na boa prática profissional, no que diz respeito à avaliação e manejo da dor neonatal. As Considerações Finais indicam os desdobramentos das variáveis do neonato, do profissional e do ambiente que devem ser observadas e consideradas nos estudos sobre o manejo de dor em UTIN.

A Figura 1 apresenta o mapa estrutural da tese para facilitar a compreensão do leitor.



Figura 1. Mapa estrutural da tese.

1. INTRODUÇÃO

Os estudos em Psicologia Pediátrica consideram que os problemas de saúde da criança, assim como sua seqüela psicológica, podem estar relacionados com excessos ou deficiências nas atitudes do adulto (Barros, 2003). Dessa forma, os esforços em prevenção em saúde infantil resultam de ações que possam modificar as condutas dos adultos diante da criança (Barros, 2003 ; Sameroff, 1991).

Para uma atuação mais eficiente, recomenda-se a adoção de uma perspectiva transacional do desenvolvimento humano, que enfatiza que comportamentos de adultos e crianças se determinam mutuamente (Sameroff, 2009, 2010) e valoriza o papel dos adultos na estruturação e organização do meio infantil (Barros, 2003). Esta perspectiva conduz à asserção de que as intervenções, não só em Psicologia Pediátrica, mas também na Neonatologia, devem visar à modificação das atitudes, valores, crenças, isto é, significações dos adultos relevantes para o processo de saúde da criança, como pais, educadores e profissionais de saúde (Barros, 2003; Martinez, Joaquim, Oliveira, & Santos, 2007; Sameroff, 1991). No caso do recém-nascido [RN] internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal [UTIN], onde há impedimento da presença e do contato constante dos pais com o bebê (Martins, 2002), o adulto mais próximo é o profissional de saúde. Contudo, este último tende a apresentar algum grau de estresse, seja por atuarem condições impróprias de trabalho (Borges; Argolo, & Baker, 2006; Cavalheiro, Moura Junior, & Lopes, 2008; Paris & Omar, 2008), seja por ter uma inadequada formação profissional e uma reduzida ou inexistente ajuda psicológica, apesar de lidar rotineiramente com questões de vida e morte (Martins & Robazzi, 2009).

A relação entre essas áreas remonta à emergência da Psicologia Pediátrica no final da década de 80 do século passado (Barros, 2003; Linhares, Carvalho, Correia,

Gaspardo, & Padovani, 2006; Robert & Steele, 2009), simultaneamente com os novos avanços médicos na área de Neonatologia, principalmente no que se refere ao melhor entendimento do funcionamento orgânico do RN e seus impactos no desenvolvimento infantil (Bioethics Committee, 2007; Gaspardo, 2010; Linhares et al., 2006; Silva Alvarenga, 1995).

Esses impactos têm sido estudados principalmente pela abordagem da Psicopatologia do Desenvolvimento, que auxilia na atuação psicológica na saúde, por estudar as disfunções clínicas no contexto de processos de maturação e de desenvolvimento, focalizando o período da infância, quando se dariam a emergência e a evolução de comportamentos problemáticos (Cicchetti, 1984; Compas, 2009; Gamerzy, 1996; Rutter & Sroufe, 2000). É, portanto, uma abordagem preventiva, que procura impedir que as anormalidades se instalem e interfiram no processo de adaptação do indivíduo (Bordin, Linhares, & Jorge, 2001; Linhares, 2004).

Para o entendimento do processo de adaptação, é relevante a análise da noção de risco ao desenvolvimento, entendido como conceito que representa uma probabilidade estatística de ocorrência de determinado comprometimento do desenvolvimento (Horowitz, 1992). Da mesma forma, é imperioso analisar as variáveis que modificam os efeitos adversos provocados por uma condição de risco, de modo a desencadear resultados adaptativos ou mecanismos de proteção que possam contribuir para o enfrentamento bem sucedido das adversidades (Rutter, 1987). A partir da análise desses dois conceitos, tem se enfatizado o estudo da suscetibilidade psicológica individual, que potencializa o efeito do estressor (vulnerabilidade) e da resistência psicológica ou resiliência (Klein & Linhares, 2007; Luthar, Sawyer, & Brown, 2006; Masten & Obradovic, 2006), focalizando a amplitude das respostas individuais às experiências adversas (Mahoney, 1998).

Nesse contexto de análise de risco ao desenvolvimento, segundo a Academia Americana de Pediatria [AAP] (2000, 2006), o RNPT apresenta várias condições adversas, que o enquadram no grupo de risco, do nascimento até 28 dias de vida, ou no período neonatal. A prematuridade seria, assim, uma condição de risco biológico e psicossocial (Clark, Woodward, Horwood, & Moor, 2008; Feldman, 2007; Linhares et al., 2006; Sapienza & Pedromonico, 2005).

No Brasil, durante os anos finais da década de 50 do século passado, esforços foram desenvolvidos com o objetivo de criar centros especializados na assistência ao RNPT; mas, a abertura da primeira unidade de terapia intensiva infantil ocorreu em 1974 (Carneiro, 2000; Martins, 2002).

O Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), oficializou, em 05 de julho de 2000, a Portaria nº 693 GM/MS – Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru³, que foi atualizada pela Portaria GM nº1683 de 12 de julho de 2007, propondo novo paradigma da atenção à saúde neonatal. Este se centra na atenção humanizada à criança, à mãe e à família, respeitando-os nas suas características e individualidades durante a internação em UTIN. Especial atenção deve ser desenvolvida com o profissional de saúde para que suas ações possam ser realizadas cada vez mais com segurança, tranquilidade e respeito, em uma tentativa de aprimoramento do atendimento ao RN com peso de nascimento abaixo de 2.500 g ou RN de baixo peso (RNBP), segundo Organização Mundial de Saúde (OMS), e aos seus familiares (Almeida, Almeida, & Forti, 2007). De acordo com essas proposições, a presença de estímulo potencialmente doloroso, de caráter agudo, repetitivo, prolongado, persistente no RN representa um fator de risco ao

³O Método Canguru é uma forma de assistência neonatal que consiste no contato pele a pele precoce entre a mãe e o RNPT de baixo peso de forma crescente, permitindo maior participação dos pais no cuidado com o neonato (Brasil, 2000, 2007).

desenvolvimento infantil, sendo considerada uma variável determinante no processo de internação na UTIN, como se vê a seguir.

1.1 A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, a dor e o desenvolvimento infantil

A UTIN deve ser incluída como parte integrante do contexto social do RNPT, pois influencia a trajetória de desenvolvimento nas suas relações psicossociais com o meio, devido à separação da figura materno-paterna e à precoce e constante interação com o “desconhecido”, na figura do profissional de saúde. Este, de alguma forma, pode alterar a relação de apego tão importante para o desenvolvimento psicológico posterior (Freitas & Camargo, 2007; Klein & Linhares, 2006; Scocchi et al., 2003). Nesse sentido, a hospitalização pode constituir fator de risco para o desenvolvimento infantil - esta é uma questão primordial no cuidado do RNPT, pois, o nascimento está diretamente dependente de internação e de uma tecnologia hospitalar disponível (Guinsburg, 1999; 2010; Maia & Coutinho, 2011).

Os riscos do parto prematuro relacionam-se à prolongada internação de crianças que estão fisiologicamente despreparadas para estímulos nocivos constantes, fora da proteção do ambiente uterino. Tais estímulos incluem exposição à luz e ruídos, doenças agudas e crônicas, separação da mãe, procedimentos invasivos dolorosos, manuseio excessivo e múltiplas medicações. Estes podem induzir ativação excessiva e prolongada do sistema de resposta fisiológica ao estresse (estresse “tóxico”), determinando mudanças no desenvolvimento do sistema nervoso central, com consequências para a saúde física e mental da criança, que perduram até a vida adulta (*Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care* et al., 2012; Grunau, Holsti, & Peters, 2006; Meio et al., 2004).

A análise detalhada de um dos estímulos nocivos presente na UTIN – a dor – tem mostrado seu impacto no desenvolvimento do RN (Anand, Stevens, & McGrath,

2007; Buttha, Cleves, Casey, Cradock, & Anand, 2002; Gaspardo, 2010). Os estudos tornam-se relevantes especialmente quando se considera que a sobrevivência relaciona-se à condição de que o RN internado pode receber uma média de 50 e 150 procedimentos potencialmente dolorosos durante o dia (Carbajal et al., 2008; Johnston, Barrington, Taddio, Carbajal, & Fillion, 2011). Soma-se o fato de que a utilização de analgesia no alívio da dor ainda é inadequada (Codipietro, Bailo, Nangeroni, Ponzzone, & Grazia, 2011; Chen et al., 2012; Guinsburg, 1999; Maia & Coutinho, 2011; Porter et al., 1997; Prestes et al., 2005; Simons et al., 2003).

O sistema neurobiológico necessário à transmissão do estímulo doloroso ou nocicepção encontra-se formado entre 24 e 28 semanas de gestação, ou seja, as estruturas periféricas e centrais necessárias à percepção da dor estão presentes e funcionando ao nascimento. No sistema fisiológico e neurocomportamental imaturo do RNPT, a adaptação contínua a estímulos repetitivos pode induzir alterações em longo prazo na sensibilidade à dor, afetando o sistema estresse-alerta, potencialmente alterando o desenvolvimento da citoarquitetura cerebral (Buttha et al., 2002; Carbajal, 2006, 2008).

A etiologia dos problemas neurocomportamentais do RNPT que não apresentava prejuízo sensorial, motor e cognitiva, ainda não está plenamente esclarecido (Grunau, 2013; Larroque, 2004). Esses problemas são atribuídos, pelo menos em parte, ao distúrbio nos eventos organizacionais do desenvolvimento do cérebro e/ou à injúria no hipocampo ou gânglio basal, e mudanças sutis na substância branca. Estas são muito mais comuns do que anteriormente se pensava entre as crianças que não tinham o diagnóstico de leucomalácia (necrose da substância branca) e ou da hemorragia intracraniana (Anand & Scalzo, 2000; Brummelte et al., 2012).

Os eventos neurológicos e neurocomportamentais tendem a ocorrer justamente pelo fato da hospitalização do RNPT ocorrer durante período em que o cérebro apresenta maior desenvolvimento, incluindo o estabelecimento e a diferenciação neuronal, o alinhamento, a orientação e a estratificação dos neurônios corticais, a elaboração dos dendritos e axônios, a formação das sinapses, a “poda” seletiva dos processos neuronais, assim como a proliferação e a diferenciação das células gliais (Allen, 2008). Tais processos são constatados inclusive por estudos experimentais em animais, que demonstram evidência das experiências precoces positivas ou negativas poderem alterar a estrutura e a função no desenvolvimento do cérebro, abrangendo alteração no número e no padrão de conexões sinápticas, no número de células gliais e no grau de capilarização, que aumenta o suprimento cerebral de sangue e oxigênio (Buttha et al., 2002; Grunau et al., 2006).

No contexto da UTIN, vários componentes da experiência de internação, como o estresse, a severidade da doença, a exposição a medicamentos, além da dor, provavelmente interagem de forma cumulativa e sinérgica, produzindo impacto negativo (estresse tóxico) (Grassi-Oliveira, Ashy, & Stein, 2008; Newnham, Inder, & Milgrom, 2009; Shonkoff, Richter, Caag, & Bhutta, 2012).

O mecanismo proposto, pelo qual a dor neonatal no RNPT pode interromper o neurodesenvolvimento normal, abrange o dano excitotóxico. Este altera a apoptose (morte celular programada) e exposição a altos níveis basais de glicocorticoide endógeno devido a uma “reprogramação” para regulação, com níveis elevados de cortisol (Menon & McIntosh, 2008).

A função cerebral está comprometida em decorrência de vários fatores, e a compensação da alteração cerebral deve, em parte, ocorrer com a utilização de outras áreas do cérebro, resultando em mais processos para os quais essas áreas não estão

preparadas, e reduz-se, desse modo, a integridade do sistema de informação específica de processamento. A plasticidade cerebral no período neonatal aumenta a vulnerabilidade para experiências adversas precoces, o que pode gerar o desenvolvimento e comportamento atípicos (Anand et al., 2007, Shonkoff et al., 2012). Entre as alterações no desenvolvimento associado com a dor neonatal, estão a hiperalgesia (Johnston & Stevens, 1996), alterações na aprendizagem e cognição (Anand, 2000; Simons et al., 2003), déficit de atenção e desordens de ansiedade (Perlman, 2001), modificação na memória e na função motora (Hack et al., 2002).

Atualmente, crescente evidência demonstra que o RNPT se desenvolve em ambiente considerado como altamente estressante, em um período crítico precoce de desenvolvimento do sistema fisiológico geral, principalmente do sistema nervoso central, acarretando efeitos profundos e duradouros. As pesquisas de Als, Lester , Tronick e Brazelton (1982) evidenciaram que a exposição precoce a situações de estresse desenvolve uma desestabilização gerando alterações nos 5 subsistemas relacionados ao comportamento do neonato⁴. Nesse contexto, a exposição à dor pode ser considerada um dos fatores mais prejudiciais do ambiente extrauterino ao desenvolvimento cerebral (Grunau & Tu, 2007; Kaneyasu, 2012). Contudo, a experiência relativa ao estresse vivenciado pelo RNPT na UTIN é investigada pelos pesquisadores com menor ênfase que a experiência dolorosa (Guinsburg, 2010; Newnham et al., 2009).

1.2 O manejo da dor neonatal e suas variáveis

⁴A Teoria Síncrono-Ativa desenvolvida por Als (1982) os comportamentos do neonato são analisados conforme o desenvolvimento de cinco subsistemas, a saber: autônomo (fisiológico), motor, de estados comportamentais, de atenção/interação e regulador. Esses subsistemas se desenvolvem de forma independente e , ao mesmo tempo interagem continuamente um com outro e com o meio ambiente (Brasil, 2007).

Diante dos riscos ao desenvolvimento, o manejo eficaz da dor torna-se relevante, estando baseado na prevenção e limitação do estímulo nocivo ao se prover a analgesia adequada (*American Academy Pediatrics* [AAP], 2000; Carbajal et al., 2008, Schecheter, Finley, Bright, Laycock, & Forgeron, 2010). Estímulos nocivos (sonoro, visual, tátil e vestibular) repetitivos, no caso do neonato, devem ser evitados. Medidas simples e eficazes, que geram conforto, como o uso da sacarose (Alves, Duarte, Azevedo, Nascimento, & Tavares, 2011; Bellini et al., 2013; Freire, Garcia, & Lamy, 2008; Gaspardo, 2010; Gaspardo, Linhares, & Martinez, 2005; Joung & Cho, 2010; McNair, Yeo, Johnston, & Taddio, 2013; Stevens, Yamada, & Ohlsson, 2014), da sucção não nutritiva, a ação de aninhar, de enrolar em cueiros, o uso de suporte postural e a mudança de posição, estão sendo utilizadas para o manejo da dor durante os procedimentos de rotina, facilitando a organização e autorregulação do RNPT (AAP, 2006; Gaspardo, 2010; Gaspardo et al., 2005; Gaspardo, Miyase, Chimello, Martinez, & Linhares, 2008). Procedimentos considerados dolorosos e estressantes⁵ devem ser minimizados e, quando apropriado coordenados com outros aspectos do cuidado neonatal (AAP, 2006; Anand, 2001; Johnston, Barrington, Taddio, Carbajal, & Filion, 2011; Guinsburg, Kopelman, Almeida, & Miyosi, 1994; Linhares & Doca, 2010).

Os riscos e benefícios de medidas farmacológicas como o uso de opióides, de anestésico local e anti-inflamatório não hormonal (Nemergut, Yaster, & Colby, 2013) e não farmacológicas, como por exemplo o enrolamento, a contenção (McNair et al., 2013), o uso de solução adocicada (Alves et al., 2011; Gaspardo, 2010; Stevens et al., 2014), da sucção não nutritiva (Joung & Cho, 2010), a musicoterapia (Standley, 2012) e a posição Canguru (Freire et al., 2008) para o alívio da dor devem ser considerados individualmente, dentro do contexto, do tipo e da severidade do estímulo doloroso

⁵A dor é sempre estressante, mas o estresse não é necessariamente doloroso, e ambos requerem avaliação e tratamento (AAP, 2000; Carbajal, 2008).

(Golian, Krane, Seybold, Almgren, & Anand, 2007; Guinsburg, 1999, 2010). A analgesia farmacológica, por exemplo, deverá ser escolhida baseada numa avaliação compreensível do quadro clínico do neonato, da eficácia, da segurança e da experiência da equipe no uso de determinada droga (Carbajal, 2006; Guinsburg et al., 1994; Hall, 2012).

Contudo, apesar dos avanços no conhecimento da fisiologia da dor, do desenvolvimento de métodos de avaliação para o lactente pré-verbal e da existência de medidas terapêuticas para o alívio, ainda há uma grande lacuna entre o conhecimento teórico e a conduta prática por parte da equipe da UTIN (Anand, 2001; Guinsburg, 1999, 2010; Nemergut et al., 2013; Prestes et al., 2005).

A falta da capacidade de verbalização sobre a intensidade e a localização da dor durante o período neonatal é referida como a maior dificuldade no reconhecimento e tratamento adequado da dor pelos profissionais de saúde. O medo de efeitos colaterais, frequentemente, contribui para o uso inadequado de analgésicos, com uma preocupação centrada no tratamento, no lugar de uma abordagem sistemática para redução ou prevenção da dor (AAP, 2000; Anand, 2001; Guinsburg, 2010; Porter et al., 1997). Esta abordagem inclui uma adequada avaliação da dor neonatal, como se vê a seguir.

1.3 A avaliação da dor neonatal

Na UTIN, o tratamento efetivo da dor no período neonatal depende de sua avaliação acurada, e a dificuldade de avaliação e mensuração no lactente pré-verbal é considerada o maior obstáculo, como dito anteriormente (Anand, 2001; APA, 2000, 2006; Balda, Almeida, Peres, & Guinsburg, 2009; Gaspardo et al., 2005).

Devido ao caráter subjetivo da dor, o método multidimensional, combinando procedimentos unidimensionais de avaliação e indicadores fisiológicos e comportamentais deve ser utilizado (Gaspardo et al., 2005; Silva & Silva, 2010).

Indicadores comportamentais (mímica facial, movimentos corporais, choro) e indicadores fisiológicos (frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial, saturação de oxigênio, tônus vagal, nível plasmático de cortisol e catecolaminas) para a dor são utilizados na mensuração e manejo, principalmente, da dor neonatal.

Segundo Silva e Silva (2010), entre as várias escalas validadas para avaliação da dor neonatal, as mais utilizadas internacionalmente são: *Neonatal Facial Action Coding System* (NFCS) e a *Premature Infant Pain Profile* (PIPP). No país, segundo Guinsburg (2010), além da NFCS, atualmente tem sido amplamente divulgada a *Echelle Douleur Inconfort Nouveau-né* (EDIN) porque essa escala foi desenhada para avaliação de dor persistente do RN criticamente doente. Essas escalas são importantes, pois, em resposta ao estímulo nociceptivo, o RN exhibe um amplo repertório de alterações fisiológicas, hormonais e comportamentais (Anand et al., 2007; Grunau et al., 2006).

Contudo, qualquer tentativa de avaliar um fenômeno doloroso deve levar em conta que o reconhecimento da dor no lactente é também um fenômeno subjetivo e sujeito aos fatores associados e inter-relacionados, os quais são capazes de influenciar a percepção, a avaliação e, conseqüentemente, o tratamento efetivo do fenômeno (Crescêncio, Zanelato, & Leventhal, 2011; Elias, Guinsburg, Peres, Balda, & Santos, 2008). Dessa maneira, o reconhecimento desses fatores capazes de interferir na capacidade de decodificação da dor neonatal e, portanto, na decisão terapêutica, é primordial para entender as dificuldades ligadas à comunicação do fenômeno doloroso entre o RN e o profissional de saúde que dele cuida (Porter et al., 1997). Por exemplo, Balda et al. (2009) observaram que características pessoais (idade, sexo, escolaridade), profissionais (tempo de serviço) e socioeconômicas (renda *per capita*, classe social), aspectos individuais (religião, número de filhos) emocionais e psicológicos (experiência pessoal ou familiar com a dor) do adulto responsável pela assistência

neonatal interferem na sua capacidade de observar e interpretar a comunicação não verbal da dor do RN.

O manejo da dor é de responsabilidade de médicos e enfermeiros, e estes concordam que o RN é capaz de sentir dor e de responder ao estímulo nociceptivo por meio de alterações orgânicas, fisiológicas e comportamentais, mas ignoram as consequências da dor no curto, médio e longo prazo (Martins, Dias, Paula, & Enumo, 2013; Pölkki et al., 2010). Contudo, pouco se tem pesquisado sobre a dor como estressor no ambiente da UTIN, das crenças, estratégias de enfrentamento e conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil e comportamentos da equipe de profissionais diante do RN doente (Chermont, Guinsburg, Balda, & Kopelman, 2003; Linhares et al., 2014; Maia & Coutinho, 2011; Neves & Corrêa, 2008; Ramos et al., 2009; Ramos et al., 2010; Simons et al., 2003). O estresse ocupacional, particularmente, está sendo identificado como um dos prováveis fatores que afetam o adequado manejo da dor neonatal (Stevens et al., 2011), como se discute a seguir.

1.4 O estresse ocupacional no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Entende-se estresse como uma resposta a um evento que excede os recursos de enfrentamento do indivíduo, englobando dimensões objetivas e subjetivas (Aldwin, 2009; Lazarus & Folkman, 1984). Lipp (1996) considera o estresse como um processo, ou seja, uma cadeia de eventos e acontecimentos e não uma reação única. Para entendimento desse processo, um Modelo Trifásico, compreendido em fases de Alerta, Resistência e Exaustão foi proposto inicialmente por Hans Selye, na metade do século XX. Este foi depois atualizado por Lipp (2003) num Modelo Quadrifásico, com a inserção da fase de Quase Exaustão. Esta fase progride caso não ocorra a supressão do estressor ou haja a ausência de capacidade de administração por meios pessoais e

ambientais, com a possibilidade de ocorrência de exaustão fatal (Selye, 1983). O estresse ocupacional ou laboral, por sua vez,, significa “[...] *não somente o processo, mas também o conjunto de reações físicas e psíquicas provocadas pela vivência de condições adversas no ambiente organizacional*” (Ferreira & Assmar, 2008, p. 21).

Como dito anteriormente, há poucos estudos sobre o conhecimento da influência do estresse e dos modos de enfrentamento dos profissionais de UTIN no contexto do cuidado com o RN doente, tentando reconhecer o grau de interferência desses no trabalho diário. Podem-se citar os trabalhos de Fogaça, Carvalho, Cítero e Nogueira-Martins (2008; 2010), com médicos e enfermeiros, e o de Lemaire e Wallace (2010), apenas com médicos.

Atualmente, a relação entre estresse ocupacional (Silva & Gomes, 2009) e a saúde mental dos trabalhadores, em diferentes ambientes de trabalho e grupos profissionais, tem sido tema de vários estudos por causa dos níveis alarmantes de incapacidade temporária, absenteísmo, aposentadorias precoces e riscos a saúde associados à atividade profissional (Barros et al., 2008; Fogaça et al., 2008; Mendes, 1988).

Segundo o modelo teórico de balanço entre recompensa e esforço feito pelo trabalhador - *Effort-Reward Imbalance* (ERI) (Siegrist, 1999, 2012) -, a avaliação de prevalência de problemas emocionais e desajustes profissionais no ambiente de trabalho incluem a determinação da capacidade do profissional se adaptar ao estresse, o controle do trabalho, as demandas psicológicas resultantes, além do equilíbrio entre esforço e recompensa no trabalho. Este contexto permanentemente estimula reações emocionais e psicológicas, relacionados ao desenvolvimento da síndrome de *Burnout* (Griep et al., 2009; Siegrist et al., 2004). Esta síndrome se caracteriza pelo esgotamento profissional, proveniente da exposição prolongada a fatores interpessoais crônicos no trabalho e que

apresenta três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e ineficácia (Barros et al, 2008; Braithwaite, 2008; Silva & Gomes, 2009). Preto e Pedrão (2009) assinalam que o ambiente hospitalar, por si, gera estresse em níveis diferentes e que, atualmente é imprescindível prestar atenção à saúde dos médicos e enfermeiros que atuam, principalmente, em unidades de Pronto-Socorro (PS), de Pronto-Atendimento (PA) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

O ambiente da UTI, bem descrito por Gaíva e Scochi (2004), inclui dificuldade de efetivação da assistência centrada na família pela escassez de recursos humano e material, a falta de uma filosofia de trabalho com base numa política de humanização implantada, a ausência um processo de sensibilização e instrumentalização dos PS e da inexistência de reflexão crítica dos paradigmas que embasam a atenção à saúde, numa perspectiva de mudança. O ambiente da UTIN, por sua vez, historicamente é considerado como causa de estresse para os pacientes, seus familiares e para a equipe de profissionais (Barros et al., 2008; Fogaça et al., 2008). Nesses ambientes de UTI (adulto, neonatal e pediátrico), há estresse por se tratar de um ambiente fechado, com condições e ritmos de trabalho extenuantes, rotinas exigentes, questões éticas implicadas em decisões frequentes e difíceis, convívio com sofrimento, morte, imprevisibilidade e carga de trabalho excessiva (Lemaire & Wallace, 2010; Silva & Gomes, 2009). Anjos et al. (2008) destacam outros estressores relacionados ao funcionamento da UTIN, como ter que convencer os membros da chefia, incompatibilidades com superior hierárquico, a incompetência de superior hierárquico, sentir-se desvalorizado, a falta de funcionários e o acúmulo de funções (Santos, Barros, & Carolino, 2010).

Entretanto, Enumo et al. (2007) mediram os níveis de estresse em 72 funcionários de uma UTIN de hospital público da Região Metropolitana de Vitória, ES,

encontrando 60,3% sem indicações de estresse e 38,2% em fase de Resistência, pelo “Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp” (ISSL). Esses dados diferem do trabalho de Batista e Bianchi (2006), com 73 enfermeiros de unidade de emergência de instituições públicas e privadas na cidade de São Paulo. Estes responderam um questionário estruturado, constataram um alto nível de estresse nas áreas de condições de trabalho e atividades relacionadas à administração de pessoal. Camelo e Angerami (2004), utilizando o ISSL em 37 profissionais de cinco núcleos da saúde da família, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP), comprovaram a presença de estresse em 62% dos trabalhadores, sendo que 83% estavam na fase de Resistência e 17% na fase de Quase Exaustão. No trabalho de Carvalho e Malagris (2007), com 31 profissionais de nível Superior, que atuavam no Posto de Assistência Médica (PAM) da zona norte do Rio de Janeiro, o ISSL detectou 58% apresentavam sintomas de estresse, dentre os quais, 94% na fase de Resistência. Cavalheiro, Moura Junior e Lopes (2008) constataram níveis de estresse correlacionados à insatisfação com o trabalho em 75 enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva pediátrica e de adulto de um hospital privado.

No geral, porém, os trabalhos sobre estresse ocupacional concluem que “[...] a multiplicidade de exigências laborais pode ter como consequência o surgimento de esgotamento (*burnout*) que demonstra repercussões negativas na qualidade dos serviços prestados, na satisfação dos pacientes bem como na adesão ao tratamento [...]” (Silva & Gomes, 2009, p. 240). O modo como os profissionais respondem ao estresse ocupacional e ao *burnout* é de grande interesse para a compreensão dos estilos de enfrentamento adotados, pois alguns podem produzir efeitos negativos na capacidade do indivíduo de se adaptar às exigências do ambiente de trabalho (Latack, 1986; Lei, Hee, & Doug, 2010; Leiter, 1991; Pinheiro, Tróccoli, & Tamayo, 2003; Santos, 2007;

Tamayo & Tróccoli, 2002). Este contexto, resumido na Tabela 1, desfavorece a adoção de medidas de alívio de dor.

Tabela 1. *Variáveis relacionadas ao manejo da dor neonatal*

Contexto de UTIN e seus estressores	Variáveis sociodemográficas	Crenças e conhecimento sobre o RNPT e sua dor	Clima organizacional	Enfrentamento	Respostas dos profissionais ao estresse	Manejo de dor neonatal
- Ambiente fechado, - condições e ritmo de trabalho extenuante, - rotinas exigentes, - questões éticas frequentes e difíceis, - convívio com sofrimento, morte, - imprevisibilidade e carga de trabalho excessiva (Lemaire & Wallace, 2010; Silva & Gomes, 2010). - Reduzida ajuda psicológica para profissionais da UTIN (Martins, 2009). - RNPT sujeito à exposição à luz e ruídos, doenças agudas e crônicas, separação da mãe, procedimentos invasivos dolorosos, manuseio excessivo e múltiplas medicações que podem induzir mudanças no desenvolvimento do sistema nervoso central (Grunau et al., 2006; Meio et al., 2004).	- Parceiro fixo, número de filhos, escolaridade maior de 16 anos, renda <i>per capita</i> (Balda et al., 2009). - Formação inadequada dos profissionais de UTIN (Martins, 2009).	- Médicos reconhecem que RN sente dor (Martins, 2002). - Enfermeiros reconhecem que RN sente dor (Martins et al., 2013). - Há poucas pesquisas sobre crenças dos profissionais (Chermont et al., 2003; Maia, 2011; Simons et al., 2003). - Grande lacuna entre conhecimento teórico e prática na UTIN quanto ao manejo de dor (Anand, 2001; Guinsburg, 1999, 2010; Prestes et al., 2005).	- Falta de cultura de colaboração; - falta de apoio à prática baseada em evidência; - ameaça à tomada de decisão independente; - alta complexidade da assistência (Stevens et al., 2011).	- Enfermeiras utilizam de estratégias adaptativas, mas são necessários novos estudos (Barros et al., 2003). - há poucas pesquisas sobre <i>coping</i> dos profissionais (Chermont et al., 2003; Maia, 2011; Simons et al., 2003). - Médicos utilizam diversas estratégias para lidar com o estresse no trabalho, maioria associada à exaustão emocional (Lemaire & Wallace, 2010).	- Altos níveis de incapacidade temporária, - altos níveis de absenteísmo, Aposentadoria precoce, - riscos à saúde (Barros et al., 2008; Fogaça et al., 2008). - Condições impróprias de trabalho geram estresse na UTIN (Borges et al., 2006; Paris & Omar, 2008). - Estresse ocupacional afeta adequado manejo da dor neonatal (Martins, 2003; Stevens et al., 2011).	- Ausência ou inadequação de manejo ou adoção de medidas de alívio da dor neonatal (Doca, 2014; Guinsburg, 1999; Harrison et al., 2006; Maia, 2011; Porter et al., 1997; Prestes et al., 2005; Simons et al., 2003). - Pouco uso de medidas não farmacológicas (Linhares et al., 2014; Martins, Dias et al., 2013) - Importância do manejo da dor: - dor neonatal tem impacto no desenvolvimento (Anand et al., 2007).

Legenda: RNPT = recém-nascido RNPT; UTIN = Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Nesse sentido, a análise das estratégias de enfrentamento das condições de estresse no ambiente da UTIN parece relevante para o entendimento sobre como a equipe médica e de Enfermagem avaliam o cuidar de RNPT como um dos estressores, e se a forma como eles lidam com esse cuidado interfere na sua avaliação e consequente conduta diante da dor do RN (Montali, Monica, Riva, & Cipriani, 2011). O conceito de enfrentamento (*coping*) revela-se, assim, básico para estudar essa questão, sendo abordado a seguir.

1.5 O enfrentamento de estressores da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

O conceito de *coping* é entendido atualmente em uma perspectiva de autorregulação, como “[...] *a regulação da ação sob estresse*”, relacionada à “[...] *‘forma como as pessoas mobilizam, guiam, manejam, energizam e direcionam o comportamento, a emoção e a orientação, ou como elas falham ao fazê-lo’, sob condições estressantes*” (Skinner & Wellborn, 1994, p. 91). Implica as pessoas terem um papel ativo no processo transacional de enfrentamento das situações adversas, sendo também modelados por esse processo, o qual inclui também variáveis sociais e culturais, como crenças, recursos e valores culturais, individuais e demandas situacionais, conforme se vê na Figura 2 (Aldwin, 2009, p. 247).

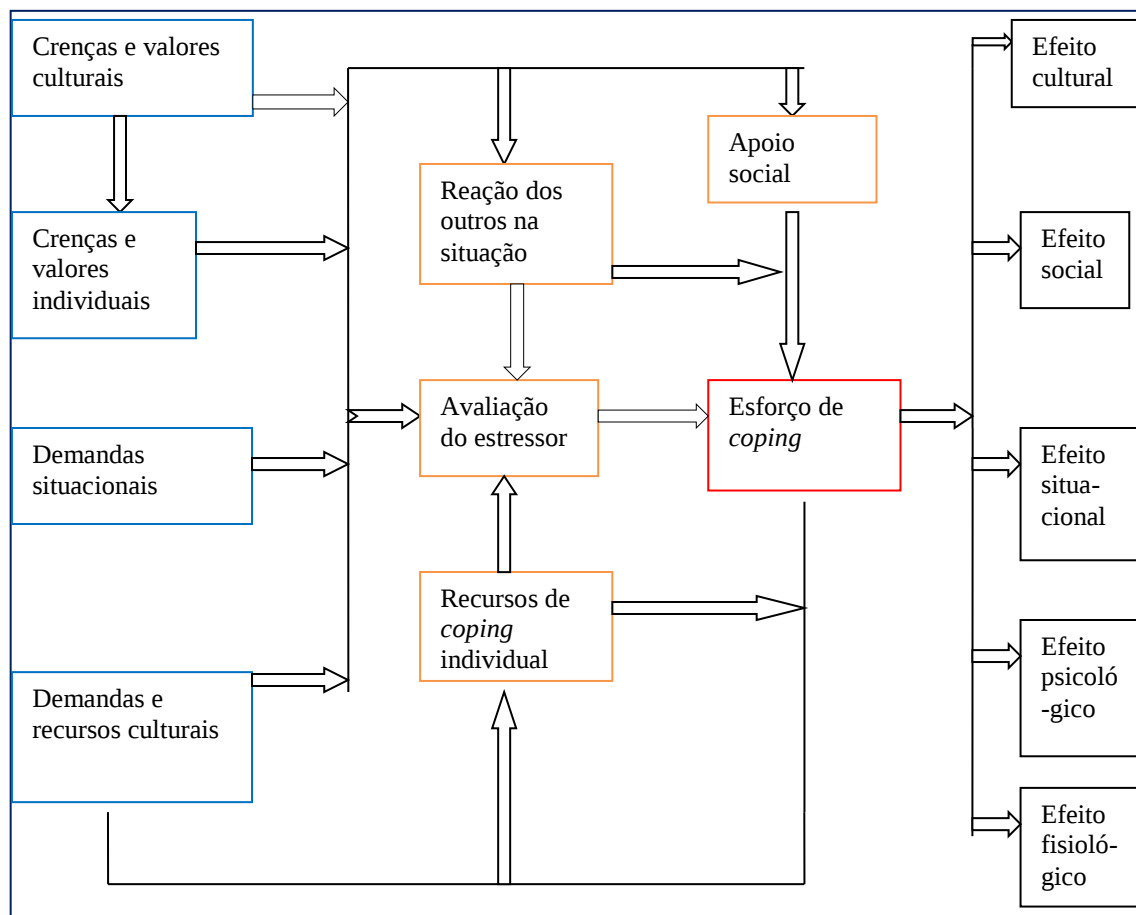


Figura 2. Um modelo sociocultural de estresse, *coping* e adaptação.

Fonte. Aldwin (2009, p. 247, tradução livre da pesquisadora, para uso em pesquisa).

Nesta proposta de análise, o modelo sociocultural de estresse, *coping* e adaptação, proposto por Aldwin (2009), pode ser aplicado para demonstrar as possíveis relações entre as variáveis socioculturais do estresse e *coping* ocupacional de profissionais de UTIN diante da dor neonatal e seus efeitos em termos culturais, sociais, situacionais, psicológicos e fisiológicos.

Pode-se considerar, assim, que este modelo auxilia no entendimento de como o contexto cultural afeta a maneira do profissional lidar com estresse do trabalho, especificamente no manejo da dor, por identificar os fatores da cultura organizacional que podem influenciar a prática profissional. A partir dessa identificação, é possível propor estratégias específicas, que culminem com a mudança de comportamento

necessária para que as medidas de alívio de dor possam ser implantadas de forma adequada e efetiva no ambiente da UTIN.

As variáveis sociais e culturais, que podem influenciar as estratégias de enfrentamento no ambiente da UTIN, também podem ser representadas pelas variáveis de contexto – *externas* -, como a iniciativa *Childkind*⁶. Esta foi desenvolvida como uma política de colaboração entre todos os profissionais, na busca de uma abordagem de todo o sistema de gestão da dor, a assistência centrada na família do RN, o cuidado baseado em evidência no manejo da dor, encorajamento no uso de medidas, diretrizes e padrões de avaliação de dor validados e estimulação para o aperfeiçoamento e crescimento profissional (Schechter, Finley, Bright, Laycock, & Forgeron, 2010; Stevens et al., 2011).

Em relação às variáveis *internas* à organização, um conceito útil é o de “cultura organizacional”, ou seja, o padrão de concepções comuns adotadas por um grupo, desenvolvidas por história, experiências e aprendizagens compartilhadas. A cultura organizacional “[...] *determina como os membros do grupo percebem, pensam, sentem e se comportam em relação a problemas específicos, e provê um senso de significado, estabilidade e conforto*” (Stevens et al., 2011). Este conceito tem sido aplicado no contexto de saúde (Maciel, 2006), especialmente com avaliações e análises de hospitais no país (Borges, Argolo, Pereira, Machado, & Silva, 2002; Lucena, 2008; Machado & Kurcgant, 2004).

⁶A iniciativa *ChildKind* é um programa que surgiu do grupo especial em interesse na dor na infância da *International Association for the Study of Pain* (IASP), com aprovação do *The Canadian Pain Society*, *The National Association of Pediatric Nurses Practitioners*, *The World Federation of Societies of Anaesthesiologists*, *The International Pharmaceutical Federation*, *The Royal College of Nursing*, *The Child Life Council* e *Canadian Nurses*. O programa foi idealizado para incentivar aplicação uniforme nas instituições de saúde de manejo da dor na infância e adolescência baseado nas mais recentes evidências científicas (Linhares et al., 2014; Schechter et al., 2010).

Lucena (2008), em especial, utilizou o *Instrumento Brasileiro para Avaliação da Cultura Organizacional* (IBACO), desenvolvido por Ferreira, Assmar, Estol, Helena e Cisne (2002), que avalia três fatores relacionados aos valores - o profissionalismo cooperativo, o profissionalismo competitivo, e a satisfação e o bem-estar dos empregados - e três fatores referentes às práticas, que são: a integração externa, a recompensa e o treinamento, e a promoção do relacionamento interpessoal.

No contexto da UTIN, trabalhos realizados no exterior, especificamente no Canadá (Latimer, Johnston, Ritchie, Clarke, & Gilin et al., 2008; Lamiter, Ritchie, & Johnston, 2010), identificaram outras categorias de análise relevantes para esse contexto, como se vê nos trabalhos descritos a seguir.

Com base na metodologia do *Canadian Neonatal Network EPIC Study Group*, Stevens et al. (2011) avaliaram o grau de influência do contexto, entendido como a cultura organizacional, em relação à estrutura, os recursos, as competências e capacidades, e as diretrizes no ambiente da UTIN para o manejo da dor no RN. Usaram uma abordagem descritiva qualitativa, utilizando entrevista semiestruturada, com grupo focal de 147 profissionais de UTIN do Canadá. Concluíram que o manejo da dor neonatal é influenciado pela cultura de colaboração e apoio à prática baseada em evidência, pela ameaça à tomada de decisão independente e pela complexidade da assistência. Os resultados foram consistentes com os recentes conceitos teóricos e pesquisa empírica sobre como o contexto influencia a conduta e o comportamento da equipe, ressaltando sua importância na formação de uma prática baseada em evidência pelo profissional no manejo da dor na UTIN.

Recentemente, um pesquisador desse grupo canadense, Gordon Allen Finley, associado com pesquisadores nacionais (Linhares et al., 2014) avaliaram como 92 profissionais de saúde de um hospital no interior de São Paulo, que trabalhavam em

unidades de cuidados intensivos pediátricos e neonatal (45 médicos, 18 enfermeiros, 16 psicólogos, oito fisioterapeutas e cinco terapeutas ocupacionais), atuavam em relação à avaliação da dor, manejo farmacológico e não farmacológico, procurando identificar as necessidades e problemas nessa área. Mostraram que somente 26% usavam medidas não farmacológicas, identificando também fatores como a falta de treinamento na avaliação e manejo de dor, de uso de protocolos padronizados e de recursos materiais e humanos. Também associado a este grupo, o trabalho de Doca (2014) em cinco hospitais públicos do Distrito Federal (44 leitos de UTIN) mostrou que a dor é subtratada.

Cabe destacar que, centrados na proposta do *Canadian Neonatal Network EPIC Study Group*, os trabalhos nessa área têm uma preocupação em identificar fatores de ambos os contextos – externo e interno – que favoreçam uma prática baseada em evidências, com objetivo de melhorar a saúde e a qualidade de assistência ao RN. Enfatiza-se a transferência do conhecimento (*knowledge translation*), entendido como um processo dinâmico e interativo que envolve a síntese, a disseminação, a troca e a aplicação ética do conhecimento, visando à melhoria da qualidade de assistência neonatal por mudanças na prática e diretrizes do cuidado neonatal (Bueno, Duarte, Marques, Freire, & Castral, 2014; Lee et al., 2006; Stevens, Lee, Law, Yamada, & Canadian Neonatal Network Epic Study Group, 2007; Stevens et al., 2011).

Dessa forma, a literatura aponta que o contexto geral, as concepções e crenças individuais e as respostas cognitivas e comportamentais (enfrentamento) diante do trabalho na UTIN têm importância considerável no desempenho da prática profissional (Beal, 2005; Barros, Humerez, Fakil, & Miuhel, 2003; Lee et al., 2006; Paris & Omar, 2008; Stevens et al., 2007). Portanto, para que haja uma melhora no manejo de dor na UTIN, é necessário um reconhecimento de variáveis gerais do ambiente e organização

da UTIN e de variáveis particulares individuais e grupais que influenciam os profissionais, entre estas últimas, estão às estratégias de enfrentamento. Para esta análise, a Teoria Motivacional do *Coping* (*Motivational Theory of Coping*) (Skinner & Wellborn, 1994) pode ajudar a entender o processo de engajamento do profissional de saúde no manejo da dor neonatal.

1.5.1 Manejo de dor neonatal: uma questão motivacional

Skinner e Wellborn (1994) propuseram a Teoria Motivacional do *Coping* baseados nos estudos clássicos de “motivação” e “autodeterminação” (Connell, 1990; Deci & Ryan, 1985), que tentam responder a questões sobre o que motiva e direciona o comportamento humano; e nos estudos sobre “apego” ou “ligação afetiva” (Ainsworth, 1979; Bowlby, 1969, 1973) e suas consequências em termos de psicopatologia do desenvolvimento. Também recorreram aos estudos sobre a necessidade de competência, com os trabalhos sobre “percepção de controle” (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978; Bandura, 1977; Connell, 1985; Crandall, Katkovsky, & Crandall, 1965; Rotter, 1966; Skinner, Chapman, & Baltes, 1988; Weiner, 1979). Apoiam-se também nos estudos sobre a necessidade humana de “autonomia”, que tem sido analisada em termos de “motivação intrínseca” ou “autodeterminação” (DeCharms, 1968; Deci & Ryan, 1985).

Skinner e Wellborn (1994) consideram que os comportamentos dos indivíduos são motivados e direcionados por três necessidades psicológicas básicas descritas como:

- a) *relacionamento* ou *vinculação* - a necessidade de ter relacionamentos próximos com outros indivíduos e sentir-se ligados aos outros de forma segura;
- b) *competência* - a necessidade de ser efetivo ao interagir com o ambiente, alcançando resultados positivos e evitando os negativos; e

c) *autonomia* - a necessidade de determinar o próprio plano de ação, ou seja, à capacidade de escolha. Nessa perspectiva motivacional de Skinner e colaboradores (Skinner, 1999; Skinner & Edge, 2002), essas necessidades são universais, inatas e de valor evolutivo adaptativo, como proposto inicialmente por Connel (1990).

As três necessidades podem orientar a organização de um modelo de resultados comportamentais no contexto, no “eu” (*self*) e na ação. Segundo este modelo, quando as necessidades psicológicas básicas estão sendo atendidas, o indivíduo sente forte engajamento. Este é entendido como “[...]as interações com os ambientes sociais e físicos de maneira ativa, objetiva, flexível, construtiva, persistente e focada, é o mecanismo pelo qual os processos motivacionais contribuem para o desenvolvimento do funcionamento adaptativo” (Skinner, 1999, p. 467, tradução livre da pesquisadora). No engajamento para realização das atividades, observam-se os comportamentos, as emoções e as orientações de aproximação da tarefa, tais como persistência, atenção concentrada, curiosidade e interesse. Por outro lado, quando as necessidades não estão sendo satisfeitas, ocorre a tendência ao afastamento da atividade, por meio de evitação ou esquiva, passividade, resistência, ansiedade, medo, tédio (Skinner, 1992).

A interação com o ambiente determina a avaliação individual da amplitude em que o contexto social satisfaz cada uma das necessidades psicológicas básicas, designadas pelos autores como “processos autorreferenciais” (*self-system process*) (Skinner & Edge, 2002). Esses processos autorreferenciais estão na base do desenvolvimento de crenças sobre o indivíduo e sobre o mundo, de forma que este sistema guia a participação e interpretação das interações sociais. É o elemento primordial dos recursos ou limitações do indivíduo no enfrentamento das situações estressantes, pois influencia como a pessoa percebe a situação, o que focaliza e como a enfrenta.

O enfrentamento sob a ótica motivacional abrange as tentativas dos indivíduos em manter, restaurar, reabastecer e reparar a satisfação de necessidades psicológicas básicas diante de experiências de estresse psicológico, que as ameaçam ou desafiam. O enfrentamento é determinado pelo comprometimento do indivíduo à vinculação ou ao Relacionamento, à Competência e à Autonomia, e é conduzido pelo processo autorreferencial associado a cada uma dessas necessidades. Especificamente, as resposta de enfrentamento dos indivíduos têm por objetivo administrar seu engajamento (ou desengajamento) à situação estressora, com o controle de seu próprio comportamento, sua emoção, motivação e orientação (Skinner & Wellborn, 1994). A Tabela 2 mostra esse sistema organizado em função da percepção de ameaça ou desafio às três necessidades básicas.

Tabela 2. *Categorias motivacionais de enfrentamento*

Necessidade	Reações de enfrentamento	Avaliações	Respostas de <i>coping</i>		
			Regulação do comportamento	Regulação da emoção	Regulação da orientação
Relacionamento	Self	Desafio: “ <i>Eu amarei</i> ”	Cooperação	Aprecia	Apoio
		Ameaça: “ <i>Eu estou só</i> ”	Delegação	Pena de si mesmo	Abandono
	Contexto	Desafio: “ <i>Eu reduzirei a negligência</i> ”	Busca contato	Busca de conforto	Busca de ajuda
		Ameaça: “ <i>O mundo é frio</i> ”	Dissimulação	Desligamento	Anulação
Competência	Self	Desafio: “ <i>Eu aprenderei</i> ”	Planejamento	Encorajamento	Determinação
		Ameaça: “ <i>Eu estou desamparado</i> ”	Confusão	Autodúvida	Desânimo
	Contexto	Desafio: “ <i>Eu reduzirei o caos</i> ”	Busca de informação	Otimismo	Prevenção
		Ameaça: “ <i>O mundo é imprevisível</i> ”	Esquiva	Pessimismo	Procrastinação
Autonomia	Self	Desafio: “ <i>Eu decidirei</i> ”	Flexibilidade	Aceita responsabilidade	Reavaliação
		Ameaça: “ <i>Eu não sei o que quero</i> ”	Perseveração	Culpa-se	Obsessão
	Contexto	Desafio: “ <i>Eu reduzirei a coerção</i> ”	Negociação	Não se culpa	Dedicação
		Ameaça: “ <i>O mundo é hostil</i> ”	Agressão	Projeção	Desvalorização

Fonte. Skinner e Wellborn (1994, p. 114, Fig. 6, tradução livre para uso nesta pesquisa).

As atividades do contexto social influenciam a realização da necessidade de Relacionamento ou de vinculação, por meio do envolvimento afetivo. Este é entendido como a necessidade de sentir-se conectado a outros de forma segura. Da mesma forma, o contexto social pode facilitar a satisfação da necessidade de Competência, com o fornecimento de um ambiente estruturado, composto por interações efetivas com o ambiente e com o apoio à Autonomia, entendido como facilitador de interações autodeterminadas (ou seja, de escolha) com o ambiente.

No polo oposto, têm-se os conceitos de “negligência”, entendida como a carência de envolvimento por importantes parceiros sociais, o que ameaça a necessidade de Relacionamento. O conceito de “caos” é visto como uma falta de estrutura no contexto social, que ameaça a necessidade de Competência. E o conceito de “coerção” é compreendido como um contexto social e relações caracterizados por imprevisibilidade, falta de normas, carência de informações e de apoio. Este contexto interfere negativamente na satisfação da necessidade de Autonomia. Essas condições do contexto – negligência, caos e coerção - são concebidos como estressores psicológicos, desencadeando reações de estresse e as estratégias de enfrentamento (Skinner & Wellborn, 1994). Figura 3 representa esse sistema.

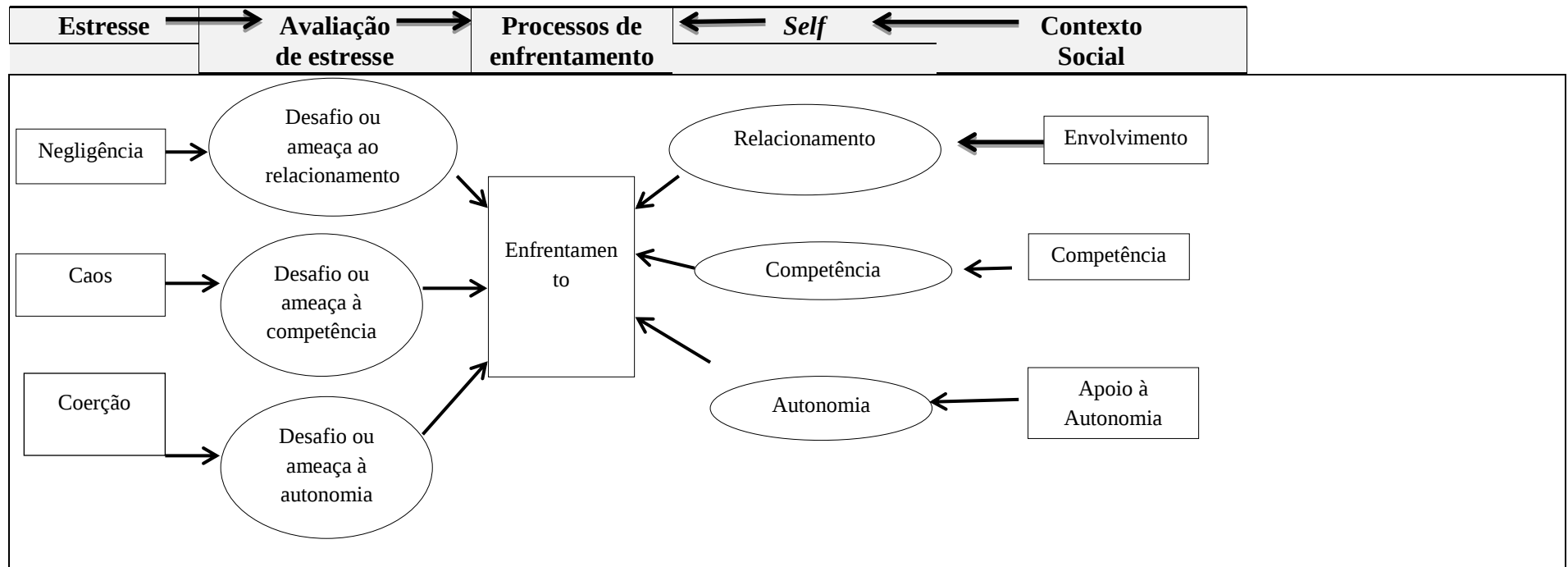


Figura 3. O contexto e o self como recursos de enfrentamento.

Fonte. Skinner e Wellborn (1994, p. 114, Fig. 7, tradução livre para uso nesta pesquisa).

A Teoria Motivacional do *Coping* (TMC) foi desenvolvida a partir de estudos demonstrando a relação entre engajamento (ou desengajamento) com o enfrentamento (*coping*), principalmente na realização de tarefas acadêmicas, analisando-se o comportamento de crianças, pais e professores (Beer, 2012; Skinner, Kindermann, Connell, & Wellborn, 2009; Skinner & Pitzer, 2012; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). As pesquisas derivadas se estenderam para outras áreas, como a análise do comportamento de molestadores (Kramer & Drapeau, 2009); a aplicação de musicoterapia em crianças e adultos com câncer (Robb, 2003); a classificação das famílias de *coping* (Skinner, Edge, Altman, Sherwood, 2003); a avaliação infantil em eventos estressantes (Zimmer-Gembeck, Lees, Bradley & Skinner, 2009); a análise do *coping* e emoção infantil (Zimmer-Gembeck, Lees, & Skinner, 2011); o desenvolvimento do *coping* na infância e adolescência (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008, 2011). No país, os estudos que adotam esta abordagem têm analisado o enfrentamento de mães de bebês internados em UTIN (Ramos, 2012), de crianças frente à hospitalização (Carnier, 2010; Hostert, 2010; Moraes & Enumo, 2008; Motta & Enumo, 2010); de crianças e adolescentes no enfrentamento da dor (Mascella, 2014; Oliveira, 2013; Silva, 2013); de adolescentes diante da ansiedade de provas (Gonzaga, 2014) e com problemas de comportamento e dificuldades de temperamento (Justo, 2013); de pais de crianças com câncer (Guimarães, 2013); de professores diante dos estressores de classes inclusivas (Silveira, 2014).

No presente estudo, entende-se que uma das formas de se entender a adesão ao manejo da dor neonatal pode ser por meio da análise do engajamento ou distanciamento do profissional na realização das atividades laborais em geral e de manejo da dor, em especial. Este é o tema da presente pesquisa, cujo problema é apresentado a seguir.

1.6 O problema de pesquisa

Estudos da área da Neonatologia têm fornecido dados empíricos especificamente relacionados aos efeitos em longo prazo da experiência de dor no início da vida, mostrando uma importante associação entre presença de dor repetitiva nos procedimentos invasivos sem medidas analgésicas adequadas e anormalidades na maturação cerebral, principalmente no RNPT (Allen, 2008; Anand & Scalzo, 2000; Brummelte et al., 2012). As pesquisas apontam que RNPT, em especial aquele com peso de nascimento menor 1.000 g, está mais vulnerável aos efeitos nefastos da alteração no processamento cerebral em resposta ao estresse da dor, resultando em sensibilidade dolorosa alterada, déficit de aprendizagem e distúrbios neurocomportamentais na infância e adolescência (Grunau & Tu, 2007; Kaneyasu, 2012).

As intervenções que minimizam esse impacto podem ser farmacológicas, como uso de opióides, de anestésico local e anti-inflamatório não hormonal (Nemergut et al., 2013), ou medidas não farmacológicas, como o enrolamento, a contenção ((McNair, Yeo, Johnston, & Taddio, 2013), o uso de solução adocicada (Alves, Duarte, Azevedo, Nascimento, & Tavares, 2011; Gaspardo, 2010; Stevens, Yamada, & Ohlsson, 2014), da sucção não nutritiva (Joung & Cho, 2010) e a posição Canguru (Freire, Garcia, & Lamy, 2008); musicoterapia (Standley, 2012).

Apesar desse conhecimento, os profissionais de saúde que atuam na UTIN não têm adotado medidas de alívio de dor na realização de procedimentos invasivos de rotina, com a frequência esperada, sejam farmacológicas, ou não farmacológicas (Chermont et al., 2003; Doca, 2014; Hall, 2012; Johnston et al., 2011; Linhares et al., 2012, 2014).

A não adesão desses profissionais de saúde às medidas de manejo de dor pode estar relacionada às seguintes variáveis:

a) falta de informação sobre avaliação e consequências da dor no RN (Chermont et al., 2003; Codipietro et al., 2011; Guinsburg, 1994, 2010);

b) crenças do profissional sobre a falta de capacidade do RNPT para demonstrar comportamentos que expressam dor e sua sensibilidade aos procedimentos invasivos dolorosos (Anand et al., 2007; Balda et al., 2009; Linhares, 2004; Linhares & Doca, 2010; Martins, Dias, Paula, & Enumo, 2013; Pölkki et al., 2010; Ramos et al., 2009, 2010);

c) cultura e clima organizacional, caracterizados por falta de colaboração entre os profissionais na tomada de decisão sobre o manejo de dor, ausência de oportunidade de conhecimento sobre as práticas baseadas em evidências de alívio da dor, medidas analgésicas inconsistentes, limitação à autonomia profissional (Lamiter et al., 2008, 2010; Martins, Cruzeiro, Paula, & Enumo, 2013; Mcgrath & Finley, 2003; Santos & Sutelo, 2009; Stevens et al., 2011);

d) estressores do ambiente e da rotina, como condições de trabalho inadequadas e precárias, a complexidade da assistência ao RN gravemente doente, falta de autonomia ou poder de decisões inerentes às responsabilidades diante da organização do ambiente da UTIN, os quais repercutem diretamente na qualidade do cuidado neonatal, dificultando a adoção de medidas adequadas no alívio da dor (Anjos et al., 2008; Barros; Humerez, Fakil, & Mivhel, 2003; Braithwaite, 2008; Mendes, 1988); e

e) estratégias de enfrentamento dos profissionais de saúde na UTIN, tipicamente reconhecidas como ações ou reavaliações cognitivas de controle, esquiva ou manejo, que apresentam relações interativas com os estressores, e têm efeitos sobre a saúde e o desempenho no local de trabalho (Batista & Bianchi, 2006; Latack, 1986; Lei, Hee, & Dong, 2010; Lemaire & Wallace, 2010; Pinheiro, Tróccoli, & Tamayo, 2003).

Essas variáveis podem gerar ou acentuar um quadro de estresse pessoal e ocupacional, em que o profissional de saúde na UTIN apresenta problemas de ordem emocional e desajustes profissionais no ambiente do trabalho, desencadeando a incapacidade do profissional em atender às necessidades dos pacientes e desajustes no relacionamento com os familiares (Carvalho & Malagris, 2007; Cavalheiro et al., 2008; Leiter, 1991; Montali, Monica, Riva, & Cipriani, 2011). Para a compreensão da adesão à prática do manejo da dor pelos profissionais de saúde de UTIN, é preciso verificar quais elementos do contexto da assistência ao RNPT que eles avaliam como atividade estressante, no sentido de exceder seus recursos psicológicos e físicos (Lazarus & Folkman, 1984). De acordo com avaliação dos estressores laborais os profissionais provavelmente desenvolvem estratégias de enfrentamento (*coping*) para a realização das atividades, entendidas como a regulação do comportamento, da emoção e da orientação motivacional diante do estresse psicológico gerado pelo trabalho na UTIN (Skinner & Wellborn, 1994).

Como visto anteriormente, a Teoria Motivacional do *Coping* postula como eventos estressores universais objetivos tudo que ameaça ou desafia as três necessidades psicológicas básicas de relacionamento, competência e autonomia (Skinner & Wellborn, 1994). De acordo com esse modelo, o alcance em que as necessidades básicas psicológicas são satisfeitas determina se o indivíduo terá “engajamento” ou “desengajamento” como estratégia de enfrentamento diante do estressor, que neste caso é representado pelo trabalho na UTIN. Dessa forma, a questão central da tese está na tentativa de entender como ocorre o engajamento dos profissionais na assistência adequada ao RN internado, com isso buscar uma melhor compreensão de como melhorar as práticas como o manejo efetivo da dor neonatal.

Aplicando a abordagem da Teoria Motivacional do *Coping* ao contexto da UTIN, se este ameaça ou desafia algumas ou todas as necessidades básicas de relacionamento, competência ou autonomia dos profissionais, as estratégias de enfrentamento podem apresentar um padrão mais ou menos facilitador de engajamento para adesão ao manejo da dor, por exemplo.

Tipicamente, o ambiente da UTIN e a organização do serviço são estruturados e hierarquizados numa relação médico – enfermeiro - técnico de enfermagem, de forma que as ações dos profissionais de níveis mais baixos na hierarquia dependem de normas, protocolos e ordens a serem seguidas, vindas do nível superior imediato (Gomes, Filho, & Erdman, 2006; Paris & Omar, 2008; Santos, Braga, & Fernandes, 2008). Este padrão de funcionamento limita a autonomia de parte dos profissionais, especialmente daqueles que lidam diretamente com a rotina de atendimento dos RN, nesse caso os técnicos de enfermagem (Diniz, 2008; Silva, Pinto, Gomes, & Barbosa, 2011).

A forma como os profissionais percebem o contexto do clima organizacional, como ameaça ou desafio – influenciará seu engajamento nas atividades, em especial quando estas não têm um protocolo pré-definido ou adotado, como ocorre com o manejo de dor, em algumas unidades neonatais (Andersen, Isdahl, & Jylli, 2007; Presbytero, Costa, & Santos, 2010). Se o ambiente da UTIN se apresentar ou se for percebido como caótico ou estruturado, haverá provavelmente diferenças na ocorrência de respostas mais adaptativas dos profissionais.

Nesse ponto, o clima organizacional será uma variável importante a ser considerada na análise do engajamento desses profissionais. Entende-se aqui por clima organizacional e definição de Menezes, Sampaio, Gomes, Teixeira e Santos (2009), como sendo uma condição temporária da atmosfera presente nas organizações, originada mediante práticas, procedimentos e recompensas percebidos diariamente

pelos funcionários, intimamente ligada ao comportamento dos gestores e às ações por estes recompensadas. O clima organizacional pode afetar não somente a necessidade de competência e autonomia dessas pessoas, mas também a necessidade de relacionamento. Em um ambiente com clima favorável beneficia os pacientes, os profissionais e a instituição porque reflete o ambiente interno existente entre as pessoas que convivem no meio organizacional, que está relacionado com o grau de motivação de seus participantes. O clima organizacional desfavorável está relacionado à desmotivação, falta de integração funcionário/instituição, baixo comprometimento com a qualidade da assistência prestada, pacientes insatisfeitos, pouco aproveitamento nos treinamentos, crescimento das doenças psicossomáticas (Bispo, 2006).

O mesmo pode ocorrer em relação à necessidade de competência desses profissionais, cuja percepção de ameaça pode gerar respostas de *coping* menos engajadas. O desconhecimento das consequências da exposição dos bebês a procedimentos invasivos, dolorosos, levando-o a reações de estresse tóxico (Shonkoff et al., 2012), por si só, pode levar a um desengajamento do manejo da dor; mas, a percepção da própria falta de informação sobre essas consequências pode também levar a respostas pouco adaptadas para a situação, pois é percebida como uma ameaça à competência profissional. Assim, a falta de informações e de capacitação profissional na área podem se constituir uma ameaça à competência, levando o profissional a não aderir à proposta de manejo da dor.

Em resumo, um quadro de ameaça à autonomia e à competência profissional, somada do clima organizacional mais competitivo, que não promove a satisfação da necessidade de relacionamento entre as pessoas no serviço, ou caótico em termos de regras e segurança no emprego, pode favorecer um padrão de desengajamento frente a uma prestação de assistência adequada, incluindo os procedimentos farmacológicos ou

não farmacológicos de manejo da dor. Esse processo pode ser mediado pelas concepções e crenças dos profissionais sobre a capacidade do RNPT sentir dor e sobre as consequências destas, concepções que nem sempre favoráveis ao manejo da dor (Martins, 2002; Martins et al., 2013).

Diante dos fatos expostos acima e de poucas pesquisas nacionais que integrem esses temas, parece relevante investigar o conhecimento dos profissionais sobre a dor; analisar sua prática profissional no alívio da dor, principalmente durante a realização de procedimentos invasivos rotineiros; delimitar os estressores e as variáveis da cultura e do clima organizacional no âmbito da UTIN e suas relações com as estratégias de enfrentamento do profissional de saúde, afetando seu engajamento ou não no manejo da dor neonatal.

Espera-se que os resultados obtidos possam subsidiar posterior elaboração de um protocolo de prevenção, limitação e uso de adequada analgesia ao estímulo doloroso durante a realização de procedimento invasivo, na tentativa de melhorar o prognóstico, o desenvolvimento e a qualidade de vida dos bebês internados, a partir da modificação de comportamento e consequente mudança na prática profissional (Beal, 2005).

Assim, é importante analisar como o profissional de UTIN lida com a dor do bebê durante a realização de procedimentos invasivos de rotina, que são imprescindíveis para a manutenção da vida no período de internação. Essa informação é fundamental para subsidiar medidas de intervenção psicológica e psicossocial junto aos médicos e enfermeiros de UTIN, visando melhor compreensão das estratégias de enfrentamento por eles utilizadas, que possam interferir direta ou indiretamente na prática profissional, especialmente no que diz respeito ao manejo da dor do neonato.

Assim, a proposta desta tese de Doutorado visa a entender como variáveis contextuais do ambiente organizacional da UTIN, como o clima organizacional, e

variáveis pessoais dos profissionais, como as respostas de estresse e *coping*, e suas crenças sobre o RNPT e sobre a dor podem influenciar o engajamento em medidas de analgesia.

1.7 Objetivos

Objetivo Geral

Descrever e analisar como o clima organizacional da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e as respostas de estresse e de enfrentamento de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, assim como suas crenças sobre prematuridade e dor neonatal facilitam ou dificultam seu engajamento no manejo da dor em recém-nascidos internados.

Objetivos Específicos

Mais especificamente, pretendeu-se

- (a) Identificar e analisar as concepções e crenças da equipe médica e de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal(UTIN) sobre o RNPT e a dor neonatal;
- (b) Identificar e descrever a prática desses profissionais de saúde da UTIN sobre o reconhecimento, a avaliação e o manejo da dor neonatal em procedimentos invasivos de rotina;
- (c) Identificar e analisar o conhecimento dos profissionais de saúde da UTIN sobre as consequências da dor no desenvolvimento do RNPT;
- (d) Identificar, descrever e analisar as atividades geradoras de estresse ocupacional para os profissionais de saúde da UTIN;
- (e) Descrever as condições de estresse dos profissionais de saúde da UTIN relacionadas à percepção de desequilíbrio entre o esforço e a recompensa no trabalho;

- (f) Identificar, descrever e analisar o clima organizacional da UTIN segundo a percepção dos profissionais de saúde;
- (g) Fazer um diagnóstico organizacional da UTIN a partir da percepção da equipe médica e de Enfermagem;
- (h) Identificar e analisar as variáveis da cultura organizacional que facilitam ou dificultam o manejo adequado da dor.

2. MÉTODO

Para alcançar os objetivos da pesquisa, foi utilizado um delineamento misto, com uso de abordagens qualitativas e quantitativas (Creswell, 2010; Pereira, 2004). O uso combinado dessas abordagens de pesquisa teve objetivo de proporcionar maior compreensão das variáveis que possam interferir na questão referente ao manejo da dor do RNPT, tendo como subsídio a discussão sobre a influência da concepção de RNPT e de dor, do estresse e *coping* ocupacional, e do clima organizacional na prática diária no ambiente da UTIN.

Um estudo dividido em quatro etapas, com dois estudos-piloto anteriores (Martins, Dias et al., 2013; Martins, Cruzeiro et al, 2013), foi desenvolvido para mapear as variáveis potencialmente relacionadas às concepções sobre o RNPT, a avaliação, o manejo e as consequências da dor no desenvolvimento precoce e tardio desses bebês sendo abordados a crença, o conhecimento individual e o contexto mais geral do trabalho na UTIN.

No primeiro momento da pesquisa, foi identificada, descrita e analisada a concepção de RNPT, e o processo de reconhecimento, avaliação e tratamento da dor durante a realização de 20 procedimentos invasivos de rotina, por parte da equipe de profissionais da UTIN. Paralelamente, avaliou-se se a realização de procedimento invasivo no RNPT é reconhecida como fator estressor no ambiente de trabalho da UTIN. Da mesma forma, foi avaliada a intensidade, o grau de dor, como também a prática diária e esperada de analgesia nos 20 procedimentos.

Posteriormente, foram identificados e analisados indicadores de estresse e estratégias de *coping* ocupacional no ambiente da UTIN, a partir de escalas validadas e adaptadas para esse fim.

Por fim, foi realizado um levantamento de aspectos do clima organizacional no ambiente da UTIN, com objetivo de analisar seu grau de influência no processo de mudança planejada para o manejo adequado do alívio da dor. Para esta investigação, foram aplicados dois instrumentos: um de diagnóstico organizacional e uma escala de clima organizacional.

Para melhor compreensão da avaliação dos participantes sobre as variáveis individuais e de contexto que influenciam a prática profissional no manejo da dor neonatal, foi realizada entrevista individual com representante de cada segmento profissional sobre a concepção de RNPT, avaliação e manejo da dor, estresse e coping ocupacional e clima organizacional da UTIN, a partir do reconhecimento de variáveis identificadas nas etapas anteriores.

Em todas as etapas da coleta de dados, a pesquisadora fez registro em diário de campo dos acontecimentos contíguos, referentes ao alívio da dor durante a rotina de trabalho na UTIN.

2.1. Participantes

Os participantes do estudo foram servidores públicos do quadro permanente e de designação temporária da equipe de unidade fechada de terapia intensiva neonatal do Hospital “Dr. Dório Silva” (HDDS), localizado no município da Serra, ES. Eles constituíram a amostra de conveniência ou de oportunidade da pesquisa com um número de participantes variando segundo a etapa do estudo (Meltzoff, 2007).

Os critérios de seleção dos participantes foram: pertencer à equipe de profissionais lotados na UTIN e prestar assistência direta ao recém-nascido durante a internação. Não participaram os profissionais afastados por licença de qualquer natureza no período estabelecido para a coleta de dados ou que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A; APÊNDICE B).

O número de participantes variou em cada etapa, em função do objetivo e disponibilidade no período de coleta de dados. Na Etapa 1 do estudo, participaram 84 profissionais, sendo 21 médicos, 14 enfermeiros e 49 técnicos de enfermagem, uma subamostra de 89,36% do total de 94 profissionais da UTIN, no período de coleta dos dados, realizada entre 13 de março a 21 de maio de 2012. Nesta primeira etapa, 6 profissionais da UTIN não participaram do Estudo: 1 médico e 1 técnico de enfermagem se recusaram a preencher o termo de consentimento e o questionário; e 2 médicos e 2 técnicos de enfermagem estavam de licença para tratamento de saúde. Portanto, obteve-se 89,3% de representatividade do grupo de profissionais daquela UTIN.

Na Etapa 2, participaram 80 profissionais da Etapa 1, visto que 4 técnicos de enfermagem não pertenciam mais ao quadro de profissionais da UTIN, no período de coleta de dados compreendido entre 22 de maio a 01 agosto de 2012.

Na Etapa 3, os participantes constituíram uma subamostra probabilística, proporcional de 25 profissionais de saúde, selecionados por meio de sorteio entre cada categoria profissional - médicos, enfermeiros de nível Superior e nível Médio, retirados da amostra geral de servidores do quadro permanente que participaram das etapas anteriores desta pesquisa. Como no sorteio dos participantes, a Chefia de Enfermagem não foi contemplada, foi necessário acrescentá-la na amostra de enfermeiros. O sorteio foi realizado na sala da secretária da UTIN, com a presença da médica da Comissão de Controle da Infecção Hospitalar (CCIH), que fez o sorteio, por não pertencer à amostra dos participantes. A coleta de dados aconteceu o dia 4 de setembro a 23 de novembro de 2012.

Desses 25 participantes da Etapa 3, 15 participaram da entrevista (5 médicos, 5 enfermeiros e 5 técnicos de enfermagem), na Etapa 4. Esta redução da amostra ocorreu

porque, durante a elaboração do protocolo de entrevista feita a partir da análise dos dados estatísticos das etapas anteriores, realizada entre janeiro e abril de 2013, 9 participantes (4 enfermeiros e 5 técnicos de enfermagem) pediram exoneração do cargo ou tiveram término do contrato empregatício com o hospital. Dessa forma, foram entrevistados 15 profissionais entre 3 e 30 de junho de 2013 (vide fluxograma da composição da amostra na Figura 4).

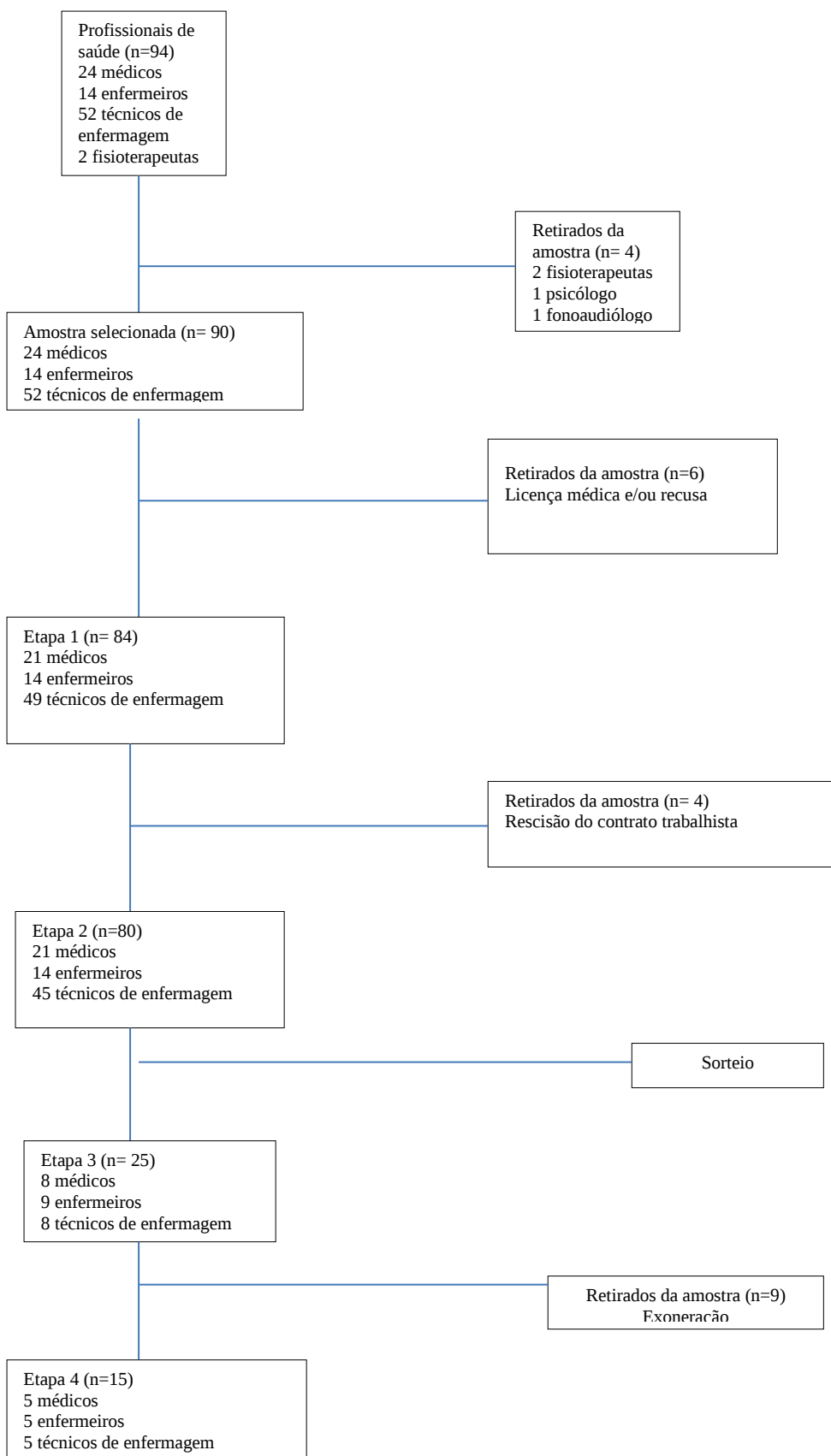


Figura 4 – Fluxograma da composição da amostra

Os dados sociodemográficos e funcionais dos participantes estão na Tabela 3 e Tabela 4. A maioria dos 84 profissionais de saúde era do sexo feminino, na faixa etária entre 30 a 50 anos, casada, com filho, e professava alguma religião (Tabela 3).

Tabela 3. *Dados sociodemográficos dos profissionais (N = 84)*

	Profissionais de saúde	Médico (n = 21) f (%)	Enfermeiro (n = 14) f (%)	Técnico (n = 49) f (%)	Total (N = 84) f (%)
Variáveis sociodemográficas					
Sexo	Feminino	19 (22,6)	12 (14,3)	49 (58,3)	80 (95,0)
	Masculino	2 (2,4)	2 (2,4)	0 (0,0)	4 (5,0)
Idade (anos)	20 a 30	0 (0,0)	4 (4,8)	3 (3,6)	7 (8,3)
	30 a 40	8 (9,5)	5 (6,0)	26 (31,0)	39 (46,4)
	40 a 50	11 (13,1)	4 (4,8)	15 (17,9)	30 (35,7)
	> 50	2 (2,4)	1 (1,2)	5 (6,0)	8 (9,5)
Situação conjugal	Casado	18 (21,4)	9 (10,7)	33 (39,3)	60 (71,4)
	Solteiro	2 (2,4)	4 (4,8)	6 (7,1)	12 (14,3)
	Viúvo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,2)	1 (1,2)
	Divorciado/Separado	1 (1,2)	1 (1,2)	9 (10,7)	11 (13,1)
Filhos	Sim	19 (22,6)	8 (9,5)	40 (47,6)	67 (79,8)
	Não	2 (2,4)	6 (7,1)	9 (10,7)	17 (20,2)
Religião	Sim	20 (23,8)	12 (14,3)	42 (50)	74 (88,1)
	Não	1 (1,2)	0 (0,0)	7 (8,3)	8 (9,5)
	Sem resposta	0 (0,0)	2 (2,4)	0 (0,0)	2 (2,4)

Segundo os dados da Tabela 4, a maioria desses profissionais trabalhava no turno diurno, com carga horária de 40 horas semanais, e tinha outro emprego. O nível médio de escolaridade era de pós-graduação *lato sensu*, com treinamento para exercer as atividades na UTIN. Em relação ao tempo de serviço, menos da metade dos profissionais tinham mais de 10 anos de atuação na instituição (44%) e de tempo de serviço em UTIN (34,5%). Grande parte dos participantes (79,2%) negou estar sob algum tratamento médico no período da coleta de dados. O motivo relatado para as faltas no trabalho foi voluntário e mais da metade (67,5%) referiam experiência de dor própria e/ou em algum familiar.

Tabela 4. Caracterização dos profissionais em termos de trabalho.

Variáveis sociodemográficas	Profissionais	Médico (n = 21)	Enfermeiro (n = 14)	Técnico (n = 49)	Geral (N = 84)
		f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Turno trabalho	Diurno	4 (4,8)	8 (9,5)	24 (28,6)	36 (42,9)
	Noturno	0 (0,0)	5 (6,0)	21 (25)	26 (31)
	Diurno/noturno	17 (20,2)	1 (1,2)	4 (4,8)	22 (26,2)
Outro emprego	Sim	20 (23,8)	10 (11,9)	19 (22,6)	49 (58,3)
	Não	1 (1,2)	4 (4,8)	30 (35,7)	35 (41,7)
Treinamento	Sim	14 (17,1)	8 (9,8)	34 (41,5)	56 (68,3)
	Não	6 (7,3)	6 (7,3)	14 (17,1)	26 (31,7)
Pós-graduação (<i>lato sensu</i>)	Sim	17 (21)	11 (13,6)	15 (18,5)	43 (53,1)
	Não	4 (4,9)	3 (3,7)	31 (38,3)	38 (46,9)
Tempo HDDS (anos)	< 1	0 (0,0)	7 (8,3)	5 (6,0)	12 (14,3)
	1 a 5	2 (2,4)	2 (2,4)	18 (21,4)	22 (26,2)
	5 a 10	5 (6,0)	0 (0,0)	7 (8,3)	12 (14,3)
	> 10	13 (15,5)	5 (6,0)	19 (22,6)	37 (44)
Carga horária (horas/semanal)	12	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	24	12 (14,3)	1 (1,2)	0 (0,0)	13 (15,5)
	36	1 (1,2)	1 (1,2)	1 (1,2)	3 (3,6)
	40	8 (9,5)	12 (14,3)	48 (57,1)	68 (81)
Tempo UTIN (anos)	< 1	0 (0,0)	7 (8,3)	5 (6,0)	12 (14,3)
	1 a 5	3 (3,6)	2 (2,4)	17 (20,2)	22 (26,2)
	5 a 10	7 (8,3)	1 (1,2)	10 (11,9)	18 (21,4)
	> 10	10 (11,9)	4 (4,8)	15 (17,9)	29 (34,5)
Tratamento de saúde	Sim	8 (9,5)	3 (3,6)	6 (7,1)	17 (20,2)
	Não	13 (15,5)	11 (13,1)	43 (51,2)	67 (79,8)
Faltas ao trabalho (motivo)	Doença diagnosticada	9 (10,7)	5 (6,0)	12 (14,3)	26 (31)
	Doença não diagnosticada	1 (1,2)	3 (3,6)	1 (1,2)	5 (6,0)
	Caráter familiar	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (4,8)	4 (4,8)
	Voluntária	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Não	11 (13,1)	6 (7,1)	32 (38,1)	49 (58,3)
Experiência de dor	Sim	15 (18,8)	10 (12,5)	29 (36,3)	54 (67,5)
Pessoal ou familiar	Não	5 (6,3)	4 (5,0)	17 (21,3)	26 (32,5)

Legenda. UTIN = Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

2.2 Local de coleta dos dados

A UTIN do Hospital “Dr. Dório Silva” (HDDS) foi escolhida pelo fato da pesquisadora⁷ trabalhar como neonatologista neste hospital desde 2004, e pelo fato do HDDS ser um hospital público terciário de urgência e emergência, que conta também

⁷A pesquisadora é formada em Medicina pela UFES há 26 anos, com especialização em Pediatria pelo Hospital Infantil “Nossa Senhora da Glória” e Neonatologia pela Sociedade Brasileira de Pediatria, trabalhando no HDDS desde 2004 e na UTIN do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) desde 1997. Tem Mestrado em Psicologia pela UFES (2002).

com serviço materno-infantil. Este era composto, à época de coleta de dados, por uma maternidade com 30 leitos para gestação de risco e alojamento-conjunto, um centro obstétrico com uma sala para parto normal, duas destinadas ao parto cesariano, uma sala de pré-parto com capacidade para internação de quatro gestantes em trabalho de parto e uma sala de recuperação, com três leitos de observação. A UTIN tinha 26 leitos, distribuídos em oito boxes, com dois leitos cada, para internação de bebês de alto risco e uma enfermaria com 10 leitos de médio risco.

A rotina médica do serviço era constituída pela passagem de visita do médico diarista no período matutino, determinando toda conduta a ser realizada no paciente internado sob sua responsabilidade. No período matutino, o médico plantonista era responsável pela assistência na sala de parto, internação e intercorrências do neonato na UTIN, quando necessário. No período vespertino, noturno, feriado e final de semana, a assistência ao nascimento, na sala de parto e ao recém-nascido internado, ficava a cargo do médico plantonista, que fazia turnos de 24 horas.

A rotina de cuidados da enfermagem no serviço era de responsabilidade do enfermeiro diarista que, no período matutino, avaliava e identificava as necessidades e planejava o cuidado de cada paciente. Ele também organizava e supervisionava a escala do profissional de nível Médio, determinando o número de paciente e os cuidados a serem feitos. Além disso, realizava todos os procedimentos de responsabilidade da enfermagem com formação de nível Superior. No período da manhã, o auxílio na assistência ao nascimento na sala de parto era realizado pelo enfermeiro plantonista e por um profissional com formação de nível Médio, designado previamente. No período vespertino, noturno, feriado e final de semana, os cuidados de enfermagem na sala de parto e na UTIN eram realizados pelo enfermeiro e por profissional de nível Médio, de plantão, auxiliando o médico plantonista.

De segunda à sexta-feira, no período matutino e vespertino, o paciente internado recebia avaliação e assistência de um profissional de Psicologia, um de Fisioterapia e um de Fonoaudiologia.

A UTIN contava com o apoio de banco de leite, lactário, laboratório de análises clínica e patológica e serviço de radiologia que funcionavam 24 horas por dia. Quanto à rotina de visita, os pais do recém-nascido (RN) internado permaneciam na UTIN no horário de 7h00 as 20h00 e a visita dos familiares ocorriam todos os dias de 15h00 às 17h00.

As equipes médicas e de enfermagem não dispunham de protocolos próprios de manejo da dor, apesar de contarem com uma pasta de rotina com descrição de condutas para o tratamento de patologias frequentes do período neonatal (informação obtida pelo relato verbal da coordenação médica e de enfermagem).

Durante o período de coleta dos dados, em 2012, foi anunciada pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA) a desativação da maternidade e sua transferência para o novo hospital estadual “Dr. Jayme dos Santos Neves”, também localizado no município da Serra, ES. A UTIN continuaria nas dependências do HDDS, mas com mudança do perfil dos pacientes para RN que necessitasse de cuidados intensivos nascidos em outras maternidades do ES.

2.3 Instrumentos e materiais

A seguir, serão descritos os sete instrumentos utilizados nas diferentes etapas da pesquisa:

1) *Questionário de dados sociodemográfico e funcionais* - elaborado para pesquisa com objetivo de levantar dados demográficos, funcionais e de experiência dolorosa pessoal ou familiar para caracterização dos participantes (APÊNDICE C);

2) *Questionário sobre concepção de RNPT, avaliação e manejo de dor em procedimentos invasivos* - questionário adaptado de Souza, Santos, Souza, Gonçalves e Paiva (2006), Stevens et al. (2011) e Porter et al. (1997) (APÊNDICE D). Contém 13 itens organizados em cinco partes: I – Concepções sobre RNPT; II – Concepções sobre dor neonatal; III – Avaliação da dor neonatal; IV - Fatores que influenciam o manejo de dor; V – Manejo da dor em 20 procedimentos invasivos;

3) *Effort-Reward Embalance (ERI)* – versão curta (Chor, Werneck, Faerstein, Mello, & Rotenberg, 2008; Guimarães, Siegrist, & Martins, 2004; Siegrist, 1996; Siegrist, Wege, Pühlhofer, & Wahrendorf, 2009) (ANEXO A) – usada para avaliação do estresse ocupacional. É uma escala composta de 23 itens, divididos em três partes: Esforço (6 itens), Recompensa (11 itens) e Supercomprometimento (6 itens). A medida de resposta de cada item é avaliada em quatro níveis, do tipo Likert – 1 - *nem um pouco estressado*; 2 – *um pouco estressado*; 3- *estressado*; 4 – *muito estressado*. Tem sido usado em estudos sobre a associação entre o tipo de vínculo de trabalho, o estresse psicossocial e as doenças relacionadas ao trabalho (Comaru, 2011; Díaz, & Feldman, 2010; Silva, Souza, Borges & Fischer, 2010).

4) *Escala de Coping Ocupacional (ECO)* (Latack, 1986; traduzida e adaptada por Pinheiro et al., 2003) (ANEXO B) – usada para avaliar como os profissionais de saúde lidam com os potenciais estressores do contexto de trabalho na UTIN. É uma escala *Likert*, de cinco pontos: É composta por 29 itens relacionados à maneira como as pessoas lidam com os problemas do ambiente de trabalho, distribuídos em três fatores :a) Fator *controle*, com 11 itens, relacionados a ações e reavaliações cognitivas proativas; b) Fator *esquiva*, com nove itens relativos a ações e reavaliações que sugerem fuga ou um modo de evitação; e c) Fator *manejo de sintomas*, com nove itens, relativos às estratégias utilizadas pelo indivíduo para administrar situações estressoras, tais como relaxamento ou atividades físicas. Os autores consideram que os “[...] resultados mostraram características psicométricas promissoras para a versão brasileira da escala de coping em ambiente ocupacional” (p.157), fornecendo

evidências de validade de critério e confiabilidade à ECO traduzida. Tem sido utilizada em pesquisas sobre estresse na atividade da enfermagem (Seidl, Tróccoli, & Zannon, 2001; Umann, 2011, por exemplo).

5) *Diagnóstico Organizacional (DO)* (Krausz, 1994)⁸ – instrumento criado para:

[...] levantar as condições gerais de uma empresa em 12 áreas [A- relações interpessoais, B- padrões de relacionamento, C- relações intergrupais, D- padrões de comunicação, E- canais de comunicação, F- estilos de liderança, G- planejamento, H- resolução de problemas, I- trabalho em equipe, J- clima organizacional e L- motivação] e verificar o seu grau de permeabilidade a intervenções que objetivam introduzir um processo de mudança planejada (p. 1).

Exemplo de item:

Letra	1	2	3	4
A Relações interpessoais	Raras	Limitadas	Apoiadoras	Abertas

6) *Escala de Clima Organizacional para Organizações de Saúde (ECOOS)* (Menezes et al., 2009) - adaptada para esta pesquisa, contendo 60 itens (ANEXO C). A versão original contém 64 itens, distribuídos em sete fatores, com boa qualidade psicométrica - uma consistência interna de 0,934, entre os fatores: 1) liderança; 2) desenvolvimento profissional; 3) relacionamento e espírito de equipe; 4) relação com a comunidade; 5) segurança no trabalho; 6) estratégias; 7) remuneração, com respostas em escala tipo Likert, com cinco intervalos de resposta, que variam do extremo grau de concordância ao grau máximo de discordância - 1 (*não concordo*) a 5 (*concordo totalmente*). É usada para avaliar os aspectos da estrutura organizacional e os processos organizativos de trabalhos, perpassando por quatro dimensões desenvolvidas no trabalho de Costacurta (2010), no qual foi realizada avaliação do

⁸O instrumento não foi anexado por questões de direitos autorais.

processo de planejamento, aplicação e divulgação da pesquisa de clima organizacional realizada com colaboradores técnicos administrativos da Universidade Católica de Brasília (UCB).

a) *Dimensão Psicossocial*: inclui as manifestações de sentimentos e atitudes dos colaboradores em relação às pessoas, ao trabalho e a organização. Abrange fatores como estilo de gerência, relacionamento interpessoal, participação, cooperação e comprometimento;

b) *Dimensão Organizacional*: refere-se à estrutura e a clareza organizacional, apoio logístico, saúde e segurança no trabalho, recompensas e condições que a organização oferece para realização do trabalho;

c) *Dimensão Ocupacional*: tem relação ao exercício de papéis ocupacionais ao desempenho do colaborador no cargo e sua perspectiva de crescimento na organização;

d) *Dimensão Extraorganizacional*: abrange as relações entre as situações externas como sindicatos e relações sociais entre os colaboradores fora da organização.

O conceito de clima organizacional é definido como “*um conjunto de características que: a) distinguem a organização de outras organizações; b) são relativamente duradouras ao longo do tempo; e c) influenciam os comportamentos dos trabalhadores na organização*” (p. 307). É a atmosfera presente nas organizações, relacionada às práticas e recompensas percebidas e compartilhadas diariamente pelos empregados, sendo, assim, mais temporária do que a cultura organizacional.

7) *Roteiro de entrevista* (APÊNDICE E)- um protocolo de entrevista semiestruturado elaborado pela pesquisadora tomando como base a análise dos resultados dos instrumentos anteriores, para avaliação das principais variáveis do estudo. Contém 16 perguntas divididas em quatro partes, a saber: I – Concepção de RNPT; II – A dor neonatal; III – Estresse e *Coping* ocupacional; IV – O ambiente da UTIN.

2.4 Procedimento

A pesquisa foi realizada em quatro etapas, sem contar o período de realização de dois estudos-piloto, com objetivo de adequação dos instrumentos, descritas a seguir (vide Tabela 5 que resume o procedimento, com os instrumentos de coleta de dados).

2.4.1. Estudos-piloto

Foram realizados dois estudos-piloto, com o objetivo de avaliação e adequação dos instrumentos aos objetivos da pesquisa⁹ (APÊNDICE F e APÊNDICE G).

O Estudo-piloto 1, com o título “*Identificação e manejo de dor em UTIN segundo profissionais de Enfermagem*” (APÊNDICE F), pretendeu identificar, descrever e analisar as percepções e o manejo da dor em crianças por seus cuidadores, no contexto de risco ao desenvolvimento infantil, durante a hospitalização em UTIN. Foram feitas entrevistas gravadas, individualizadas, com todas as nove enfermeiras da UTIN do Hospital Universitário “Antônio Cassiano de Moraes” (HUCAM) - UFES, utilizando-se um protocolo adaptado sobre dor (Porter et al., 1997; Souza et al., 2006; Stevens et al., 2011). Os dados foram analisados por análise estatística descritiva e análise de conteúdo nas justificativas das entrevistadas.

Os resultados mostraram que os profissionais de saúde acreditam na capacidade do recém-nascido sentir dor, identificam a maioria dos procedimentos como moderadamente a extremamente dolorosos, porém a utilização de medidas de alívio na prática é raramente feita. Reconhecem que o controle da dor para os recém-nascidos por meio de analgesia e anestesia está abaixo dos níveis ideais. Por fim, descreveram

⁹ Agradecimentos às bolsistas de Iniciação Científica – Fernanda Silva Dias (PIBIC/CNPq) e Mariana Spelta Cruzeiro (IC/FACITEC/CDV), estudantes finalistas da graduação em Psicologia, pela colaboração na coleta e análise de dados.

influências que a exposição aos procedimentos dolorosos causa no desenvolvimento infantil (Martins, Dias et al., 2013).

O Estudo-piloto 2 intitulado “*Estratégias de enfrentamento da dor: Estudo com profissionais de Unidade Intensiva Neonatal*” (APÊNDICE G) teve como objetivo a analisar as variáveis dos profissionais de saúde quanto às estratégias de enfrentamento e da cultura organizacional da UTIN (Latimer et al., 2009; 2010; Stevens et al., 2011). Essas variáveis foram estudadas em 20 profissionais de saúde (10 enfermeiros e 10 médicos) da UTIN do HUCAM/UFES, que responderam ao Questionário de Diagnóstico Organizacional – DO (Krauz, 1994), a Escala de *Coping* Organizacional – ECO (Pinheiro et al., 2003) e uma entrevista semiestruturada. Esses dados passaram por estatística descritiva e inferencial (Dancey & Reidy, 2013) e análise de conteúdo (Weber & Dessen, 2009).

Identificou-se uma baixa frequência de manejo da dor. Os profissionais de saúde percebiam a necessidade de mudanças, especialmente no clima organizacional, avaliado como “instável”, no estilo de liderança consultivo e na motivação. Os padrões de comunicação e o processo de tomada de decisões foram classificados como “caóticos” e as relações intergrupais eram mais resistentes a mudanças, contrastando com o trabalho em equipe e os canais de comunicação, percebidos como mais abertos a mudanças. A estratégia de enfrentamento do estresse profissional mais identificada foi o “controle”, seguido de “manejo” e “fuga” e “esquiva”. Esses dados podem subsidiar intervenções mais eficazes, melhorando a assistência humanizada e o manejo da dor mais adequado a essa população em risco para problemas de desenvolvimento. Os instrumentos se mostraram úteis para coleta de dados sobre o contexto da dor na UTIN (Cruzeiro, Martins, & Enumo, 2012; Dias, Enumo, & Martins, 2010).

Os resultados desses estudos-piloto demonstraram a adequação dos instrumentos aos objetivos da pesquisa (Cruzeiro et al., 2012; Dias et al., 2010; Martins, Cruzeiro et al., 2013; Martins, Dias, Paula, & Enumo, 2013).

A coleta de dados da pesquisa foi, então, realizada em quatro etapas descritas a seguir.

2.4.2. Etapa 1 da coleta de dados

Na Etapa 1, ocorrida entre 13 de março 2012 e 21 de maio de 2012, após o consentimento da Direção do hospital e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil “Nossa Senhora da Glória” (Proc. nº 01/2012), foi feito contato com os participantes, durante a jornada de trabalho diurna e noturna, informando os objetivos da pesquisa e solicitando a cooperação dos mesmos. Aos 84 profissionais que fizeram parte desta primeira etapa, foi solicitado o preenchimento dos instrumentos, a saber: o Questionário de dados sociodemográfico e funcionais, o Questionário de concepção de RNPT, avaliação e manejo da dor neonatal e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Estes foram entregues dentro de um envelope branco às três categorias, que continha o número de identificação. A escolha do momento do preenchimento ficou a cargo do participante, conforme o tempo disponível durante a jornada de trabalho.

O período da tarde, a partir das 17h, após o horário de visita dos familiares, foi o escolhido pela maioria dos participantes do plantão diurno para o preenchimento dos questionários e do TCLE, porque era o momento mais tranquilo na UTIN. No plantão diurno, os técnicos de enfermagem preencheram o questionário no setor onde estavam lotados, ou seja, dentro dos boxes na Unidade de Terapia Intensiva e na Unidade de Cuidados Intermediários. Os médicos e enfermeiros preencheram seus respectivos questionários no quarto reservado para descanso. No plantão noturno, o período

escolhido para preenchimento do questionário e TCLE pelos participantes foi após 21h, quando a maioria dos cuidados já tinham sido realizados nos bebês internados. Todos os participantes do plantão noturno, independente da categoria profissional, preferiram preencher o questionário e o TCLE dentro da dependência da UTIN.

A pesquisadora somente entregava os envelopes aos participantes quando o ambiente estava calmo, por isso, foi preciso retorno a UTIN em várias oportunidades, o que alterou o cronograma preestabelecido. Em cada dia de coleta, eram entregues os envelopes às três categorias profissionais de plantão. Nenhum questionário foi preenchido fora do horário de trabalho dos participantes. Toda dúvida a respeito de algum item do questionário e/ou TCLE foi esclarecida pela pesquisadora, que esteve presente em toda coleta.

2.4.3 Etapa 2 da coleta de dados

Os participantes da Etapa 2 foram 80 dos profissionais que participaram da Etapa 1. Como procedimento geral, cada participante recebeu o mesmo envelope numerado por categoria da etapa anterior, só que dessa vez contendo as escalas ECO, ERI e seu respectivo TCLE preenchido anteriormente, que relatava os detalhes da pesquisa, reiterando o sigilo das informações obtidas.

Novamente, a entrega do envelope aos participantes de cada categoria profissional do plantão foi feita no período em que o ambiente da UTIN estava calmo, conferindo com o participante o número do envelope, se o TCLE era o correspondente e explicando o objetivo do trabalho.

No período de coleta dos dados da Etapa 2 (22 de maio de 2012 a 1 de agosto de 2013), a UTIN permaneceu com superlotação e com muitos bebês graves internados, o que dificultou a coleta dos dados, pois os profissionais não tinham tempo disponível para parar suas atividades para o preenchimento das escalas. Esse fato acabou alterando o

cronograma da pesquisa devido à necessidade de retorno da pesquisadora à UTIN em várias ocasiões.

Por outro lado, quando os profissionais conseguiam tempo para preencher as escalas, eles se diziam contentes, pois era um momento que eles podiam falar sobre o estresse da prática profissional na UTIN e da maneira que poderiam enfrentá-lo enquanto estavam vivenciando de forma real. Muitos diziam ficar mais aliviados após o preenchimento da ECO e ERI, por poderem falar sobre esses assuntos.

2.4.4 Etapa 3 da coleta de dados

O início da coleta de dados da Etapa 3 ocorreu de 4 a 23 setembro de 2012, após sorteio dos 25 profissionais que participaram das etapas anteriores. Eles responderam, em aplicação individual, o Diagnóstico Organizacional (DO) e a Escala de Clima Organizacional para Organizações de Saúde adaptada para a UTIN, ambos os instrumentos relacionados ao conceito de cultura organizacional. O período da coleta dos dados (setembro de 2012) foi marcado por um ambiente bem tranquilo na UTIN.

2.4.5 Etapa 4 da coleta de dados

A Etapa 4 consistiu na aplicação de entrevistas, que só puderam ser iniciadas após análise dos resultados dos instrumentos das etapas anteriores, o que aconteceu entre janeiro e maio de 2013. Os resultados dos instrumentos anteriores serviram de base para a elaboração do roteiro de entrevista. Foram entrevistados 15 profissionais que haviam participado da Etapa 3, no período de 3 a 30 de junho de 2013. As entrevistas foram realizadas individualmente no quarto dos médicos, durante o horário de trabalho dos profissionais. Todas as entrevistas foram gravadas, após assinatura do TCLE (APÊNDICE B) pelos participantes e posteriormente transcritas.

As etapas da pesquisa, com seus instrumentos e participantes estão resumidas na Tabela 5.

Tabela 5. *Resumo das etapas da pesquisa, participantes e instrumentos*

Etapas	Preliminar		Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4
Mês/Ano	Set.-. Nov./2010	Nov./2011	Mar.-Maio/ 2012	Maio-Jun./2012	Set./2012	Jun./2013
Objetivos	Estudo-piloto 1- teste dos instrumentos – avaliação e manejo de dor	Estudo-piloto 2 – teste de instrumentos – <i>coping</i> e diagnóstico organizacional	Avaliação da concepção e crenças sobre RNPT e a dor	Avaliação do estresse e <i>coping</i> ocupacional	Avaliação da cultura organizacional e o manejo da dor neonatal	Identificação de fatores facilitadores e não facilitadoras do manejo da dor neonatal
Participantes	9 enfermeiras	20 PS; 10 médicos; 10 enfermeiros.	84 PS; 21 médicos; 14 enfermeiros; 49 técnicos.	80 PS; 21 médicos; 14 enfermeiros; 45 técnicos.	25 PS; 8 médicos; 9 enfermeiros; 8 técnicos.	15 PS; 5 médicos; 5 enfermeiros; 5 técnicos.
Local	UTIN- HUCAM	UTIN- HUCAM	UTIN- HDDS	UTIN- HDDS	UTIN- HDDS	UTIN- HDDS
Instrumento	Questionário	ECO DO Questionário	Questionário	ERI ECO	DO ECOOS	Protocolo de entrevista
Aplicação	Individual	Individual	Individual	Individual	Sorteio; aplicação individual	Individual
Equipe	Pesquisadora (Mestre em Psicologia) Bolsista 1 de IC (Psicologia) Orientadora principal	Pesquisadora Bolsista 2de IC (Psicologia) Orientadora principal	Pesquisadora orientadoras	Pesquisadora orientadoras	Pesquisadora orientadoras	Pesquisadora orientadoras

Legenda: PS = profissional de saúde; IC = iniciação científica, graduandos de Psicologia; ECO= Escala de coping Ocupacional; DO= Diagnóstico Organizacional; ERI= Effort-Reward Imbalance; ECOOS= Escala de Clima Organizacional para Organizações de Saúde; UTIN = Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; HUCAM- Hospital Universitário da UFES; HDDS = Hospital “Dr. Dório Silva” (estadual)..

2.5. Processamento e análise de dados

Os dados das escalas foram organizados e processados segundo a proposição dos seus autores, sendo submetidos depois à análise estatística descritiva e, para alguns instrumentos, também à análise inferencial, de comparação entre grupos, conforme descrição a seguir.

2.5.1 Organização e processamentos dos dados das escalas e entrevistas

A avaliação do estresse de 80 profissionais de saúde foi feita pela escala ERI - *Effort-Reward Imbalance* (ERI) – versão curta (ANEXO A), cujas respostas foram analisadas segundo as normas do instrumento (Chor et al., 2008). A classificação das respostas à escala de quatro pontos – 1 - *nem um pouco estressado*; 2 – *um pouco estressado*; 3- *estressado*; 4 – *muito estressado*, com 23 itens, foram categorizadas em três fatores (Chor et al., 2008; Guimarães et al., 2004):

- 1) *Esforço* - 6 itens - significando alto esforço composto pelas exigências do trabalho propriamente dito (fonte extrínseca) e as motivações individuais do trabalhador diante de uma situação de exigência (fonte intrínseca);
- 2) *Recompensa* - 11 itens - indicando que a recompensa social advém de três sistemas de transmissão ao trabalhador: do dinheiro (salário e renda), da estima e do controle pelo trabalhador sobre seu *status* social; e
- 3) *Supercomprometimento* - 6 itens - relativo às características individuais ou pessoais conceituadas em termos de um estilo de manejo pessoal, caracterizado por um padrão de desempenho relacionado com excesso de trabalho e de realização.

O equilíbrio entre Esforço e Recompensa é dado pelo índice ($\Sigma E \div [\Sigma R \times c]$), sendo E = esforço extrínseco e R = recompensa, multiplicada pelo fator de correção ($c = 0,545455$). Como resultado, os valores menores ou iguais a 1 indicam equilíbrio entre

esforço e recompensa, enquanto valores maiores que 1 indicam condições de desequilíbrio entre esforço e recompensa. Em relação à escala de Supercomprometimento, um valor acima de 18 pontos é indicativo de maior risco de desenvolvimento de estresse ocupacional (Fogaça et al., 2010).

Os dados sobre *coping* ocupacional de 80 profissionais de saúde foram obtidos com a escala ECO - *Escala de Coping Ocupacional* (Latack, 1986; traduzida, adaptada por Pinheiro et al., 2003) (ANEXO B), com cinco pontos 1 - *nunca faço isso*; 2 - *raramente faço*; 3 - *às vezes, faço*; 4 - *frequentemente faço*; 5 - *sempre faço isso*, foram organizados em três fatores:

a) Fator *controle*: composto por 11 itens (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11), consiste em ações e reavaliações cognitivas proativas;

b) Fator *esquiva*: possui nove itens (12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20) relativos a ações e reavaliações que sugerem fuga ou um modo de evitação;

c) Fator *manejo de sintomas*: inclui nove itens (21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29), relativos às estratégias utilizadas pelo indivíduo para administrar situações estressoras, tais como relaxamento ou atividades físicas.

Os escores de cada fator classificatório da ECO são obtidos pela média dos itens que os compõem. Assim, o fator que apresentou maior média foi considerado o prevalente para cada profissional de UTIN.

Dados obtidos pela aplicação da escala de *coping* foram categorizados em estratégia de enfrentamento (EE) do estresse no trabalho do tipo “controle”, definida como ações e reavaliações cognitivas proativas (Pinheiros et al., 2003).

Os dados da escala DO - *Diagnóstico Organizacional* (Krausz, 1994)¹⁰ – foram obtidos com sua aplicação em 25 PS, em 12 áreas analisadas (de A a L):

- A- *Relações interpessoais*: entendido como a percepção que as pessoas têm a respeito das relações interpessoais no ambiente de trabalho;
- B- *Padrões relacionamento*: definido como um indicativo seguro do grau de competitividade/conflito ou da cooperação/harmonia existentes no ambiente de trabalho;
- C- *Relações intergrupais*: definido como as relações entre os grupos;
- D- *Padrões comunicação*: definidos como modelo de comunicação e informação da instituição;
- E- *Canais comunicação*: definidos como os meios físicos ou caminhos pelo quais se podem transmitir os sinais de mensagens, na comunicação;
- F- *Estilos liderança*: definido como a percepção da relação do líder com os subordinados. A observação da maneira de orientação da conduta do líder com o grupo;
- G- *Tomada de decisão*: definido como processo cognitivo pelo qual se escolhe um plano de ação dentro de vários outros com base em determinados cenários, ambientes, análises e fatores para uma situação-problema;
- H- *Planejamento*: é o processo contínuo e dinâmico que consiste em um conjunto de ações intencionais, integradas, coordenadas e orientadas para tornar a realidade um objetivo futuro, de forma a possibilitar a tomada de decisões;
- I- *Resolução de problemas*: consiste no uso de métodos, de uma forma ordenada, para encontrar soluções de problemas específicos;
- J- *Trabalho em equipe*: definido quando um grupo ou uma sociedade resolve criar um esforço coletivo na resolução de problema;
- K- *Clima organizacional*: definido com a percepção do grau de segurança e satisfação das pessoas de uma organização;
- L- *Motivação*: é um processo responsável por iniciar, direcionar e manter comportamento relacionado com o cumprimento de objetivos.

¹⁰O instrumento não foi anexado por questões de direitos autorais.

As respostas são classificadas em quatro níveis, de acordo com seu grau de permeabilidade a intervenções que objetivam introduzir um processo de mudança planejada. Cada área possui um conjunto de quatro níveis, em ordem crescente, devendo o respondente assinalar o que melhor descreve a situação do ambiente de seu trabalho, no caso a UTIN. A seguir, há exemplos das áreas A e B (Krauz, 1994):

A – Relações Interpessoais: 1 - *Raras*: As pessoas permanecem isoladas umas das outras; 2 - *Limitadas*: As pessoas formam grupos fechados para se protegerem; 3 - *Apoiadoras*: As pessoas aproximam-se e se abrem com aquelas que as apoiam; 4 - *Abertas*: Todos se sentem aceitos e há consciência da interdependência;

B – Padrões relacionamento: 1 - *Necessários*: As pessoas se relacionam o mínimo para manutenção do emprego; 2 - *De interesse*: As pessoas se relacionam quando há interesse de momento; 3 - *Confiáveis*: As pessoas se relacionam com aquelas em que confiam; 4 - *Conjunto*: Relacionamentos fáceis (p. 1).

Os dados da DO foram computados na folha de registro e transferidos para planilha do *software* EXCEL®, com cálculo da percentagem de resposta em cada coluna. A interpretação dos dados é feita em função das áreas de concentração das escolhas por colunas (1, 2, 3, 4) (Krauz, 1994):

“Coluna 1 – Ambiente caótico: baixo nível de integração entre áreas, níveis hierárquicos e pessoas, bem como de atividades;

Coluna 2 – Ambiente resistente à mudança: pessoas defendem a manutenção do “status quo”;

Coluna 3 – Ambiente consciente da necessidade de mudar: as pessoas têm consciência de que o ambiente precisa mudar, mas não tem uma clara noção do como, do que e do quando;

Coluna 4 – Ambiente aberto à mudança: há flexibilidade e abertura para a mudança, vista como um processo natural de ajustamento às condições do mercado e como forma de aperfeiçoamento constante e busca de eficácia e qualidade dos resultados.” (p.19).

Os dados sobre o clima organizacional da UTIN foram obtidos com a aplicação em 25 PS da ECOOS - *Escala de Clima Organizacional para Organizações de Saúde* (ECOOS) (Menezes et al., 2009) - adaptada para esta pesquisa. As respostas aos 60 itens da escala, com cinco pontos, (não concordo a concordo totalmente) foram organizadas em sete fatores:

- 1) *Liderança* - 15 itens. Exemplos:
 - 1 - *A gerência trata de forma justa e adequada os servidores;*
 - 2 - *Confio nas decisões tomadas pela gerência;*
- 2) *Desenvolvimento profissional* - 12 itens. Exemplos:
 - 16 – *Sou informado sobre a contribuição do meu trabalho para os resultados na UTIN;*
 - 17 – *O que tenho aprendido nos treinamentos oferecidos na UTIN melhoram minhas condições de trabalho;*
- 3) *Relacionamento e espírito de equipe* – 8 itens. Exemplos:
 - 28 – *Sou acolhido como um importante membro da minha equipe de trabalho;*
 - 29 – *Na minha equipe, existe cooperação para o alcance das metas;*
- 4) *Relação com a comunidade* - 8 itens. Exemplos:
 - 35 – *O hospital tem boa imagem na comunidade;*
 - 36 – *A Secretaria de Saúde tem boa imagem dentro da comunidade;*
- 5) *Segurança no trabalho* - 5 itens. Exemplos:
 - 45 – *A Secretaria de Saúde se preocupa com a minha segurança;*
 - 46 – *Existem medidas de segurança adequadas para a execução do meu trabalho;*
- 5) *Estratégias no trabalho*- 8 itens. Exemplos:
 - 50 – *Conheço o planejamento estratégico da Secretaria de Saúde;*
 - 51– *Conheço os indicadores e metas traçadas pela Secretaria de Saúde;*
- 6) *Remuneração* - 4 itens. Exemplos:
 - 59 – *De modo geral, estou satisfeito com a minha remuneração;*
 - 60 – *Considero a política de remuneração do governo estadual justa e motivadora.*

Inicialmente, as análises foram efetuadas com base no cálculo de frequência e proporção dos itens em cada um dos sete fatores. Posteriormente, para análise qualitativa dos dados, os fatores da ECOOS, nesta pesquisa, foram analisados a partir das quatro dimensões propostas no estudo de Costacurta (2010), a saber:

a) *Dimensão Psicossocial*: inclui as manifestações de sentimentos e atitudes dos colaboradores em relação às pessoas, ao trabalho e a organização. Para analisar esta dimensão foram incluídos os fatores: liderança, relacionamento e espírito de equipe;

b) *Dimensão Organizacional*: refere-se à estrutura e a clareza organizacional, apoio logístico, saúde e segurança no trabalho, recompensas e condições que a organização oferece para realização do trabalho. Nesta dimensão, foram inseridos os fatores: segurança, remuneração e estratégias de trabalho;

c) *Dimensão Ocupacional*: tem relação ao exercício de papéis ocupacionais ao desempenho do colaborador no cargo e sua perspectiva de crescimento na organização. O desenvolvimento profissional foi o fator incluído;

d) *Dimensão Extraorganizacional*: abrange as relações entre as situações externas como sindicatos e relações sociais entre os colaboradores fora da organização. Essa dimensão conteve o fator relacionamento com a comunidade (p. 6).

As concepções sobre RNPT, obtidas pela aplicação do questionário e entrevista, foram categorizadas após transcrição e pela utilização conjugada da análise de conteúdo, a saber: seleção e exploração do material (pré-análise), codificação, agrupamento do tema (categorização), definição e validação das categorias empíricas (Weber & Dessen, 2009).

Os dados das entrevistas realizadas com 15 PS (APÊNDICE E) foram categorizados em quatro grandes categorias:

I – Concepção de RNPT–3 itens;

II – A dor neonatal - 8 itens;

III – Estresse e *Coping* ocupacional –3 itens;

IV – O ambiente da UTIN - 1 item.

I- As *concepções sobre RNPT* foram categorizadas segundo o peso do bebê: “RNPT” e o “RNPT acima de 2.500 g”;

II- Os dados sobre a *dor neonatal* foram organizados em quatro categorias:

Manejo inadequado de dor; Falta de rotina no alívio da dor; Procedimento mais doloroso e Procedimento menos doloroso;

III- Os dados sobre *estresse ocupacional* foram classificados em três categorias: Infraestrutura de trabalho, Rotina de trabalho e assistência, Recursos humanos e comprometimento.

Para a análise dos relatos das respostas à questão: *“Como você enfrenta (lida) com o estresse do trabalho?”* foram elaboradas quatro categorias, relacionadas a quatro EE, segundo a definição de famílias de *coping* proposto por Skinner et al. (2003):

- a) *Autoconfiança* – definida como proteção de recursos sociais disponíveis usando regulação emocional e comportamental; exemplo de relato verbal:

“Você passou ali passou. Não levo para casa e nem venho com ele outro dia. Tento resolver, amenizando, entendeu? Fazendo o que é... o que dá para ser feito [TE 2]”;

- b) *Busca de suporte* - definida como usar recursos sociais por meio de busca de contato, de conforto, ajuda instrumental; exemplo de relato verbal:

“Eu saio daqui sou uma pessoa comum, eu vou à praia, vou ao cinema, vou passear, vou me divertir, vou dormir e vou voltar vou trabalhar. É a escolha de vida que eu fiz [E 2]”;

- c) *Busca de informações* - definida como encontro de contingências adicionais utilizando o estudo, a leitura, a observação, o questionamento; exemplo de relato verbal:

“Bem, eu lido com o estresse... Eu lido estudando [M1]”

- d) *Resolução de problemas* - definida como o ajuste das ações para ser efetivo incluindo planejamento e ação; exemplo de relato verbal:

“Comigo, Ah! Eu tento. Quando eu saio daqui, eu não levo nenhum problema para casa [E 1]”.

Nas entrevistas, a análise dos relatos sobre o ambiente da UTIN gerou as quatro categorias:

- 1) *Comunicação* – entendida como processo de transmissão das informações referentes ao trabalho na UTIN; exemplo de relato:

“Poderíamos melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde [M1]”.

- 2) *Infraestrutura e rotina do trabalho* – definida como a logística de trabalho na UTIN; exemplo de relato:

“As pessoas hoje estão fazendo por fazer. Não existe um projeto, não existe um planejamento nada [M3]”.

- 3) *Recursos humanos* – entendido como a equipe de profissionais da UTIN; exemplo de relato:

“Como nós temos muitos contratos da equipe de enfermagem, então, eu acho que essa rotatividade atrapalha na implementação das rotinas e atrapalha no conhecimento das pessoas em relação ao cuidado [E1]”e;

- 4) *Comprometimento* – entendido como envolvimento com a assistência; exemplo de relato:

“Ah! O que adianta eu fazer? Fulano não faz e está ali. Eu vou fazer a mesma coisa [TE3]”.

2.5.2 Análise descritiva dos dados

Cada item do questionário sociodemográfico e sobre concepções de RNPT, avaliação e manejo da dor neonatal, das escalas ERI, ECO, DO e ECOOS foram armazenados e organizados numa planilha eletrônica de cálculos do programa *Excel®*,e, posteriormente, foram transferidos para o *software Statistical Package for the Social Science (SPSS®*, versão 20,0, Chicago, II, USA).

A análise exploratória dos dados realizou-se por meio da estatística descritiva¹¹, utilizando-se para as variáveis qualitativas (dados sociodemográficos e funcionais, concepções sobre RNPT e sobre dor neonatal, avaliação da dor neonatal, resultados da ECOOS e DO) as medidas de distribuição de frequências absoluta e relativa e, para as variáveis quantitativas (fatores que influenciam o manejo de dor, manejo de dor em procedimentos invasivos, resultados da ERI e ECO) as medidas de tendência central, como média, mediana e medidas de dispersão como o desvio-padrão (Barbetta, 2008; Oliveira, 2007).

2.5.3 Análise inferencial dos dados

Para verificar a aderência dos dados à distribuição normal, utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov, com nível de significância definido em 5%. Como houve aderência, usou-se a ANOVA¹² para os comparativos intragrupos, no caso de variáveis de respostas da ERI e ECO (estresse e *coping*), e a metodologia de Tukey, como teste *a posteriori*, no caso de variáveis de respostas do manejo de dor em procedimentos invasivos, comparando as respostas das três categorias de profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem).

Quando não acusou aderência a distribuição normal pelo teste de Kolmogorov-Smirnov utilizou-se as alternativas não paramétricas, teste de Mann-Whitney¹³ e

¹¹ Agradecimentos ao professor Romildo Rocha Azevedo Jr., da Universidade de Vila Velha, no auxílio ao tratamento estatísticos dos dados.

¹² ANOVA é utilizada para comparar a média de três ou mais grupos quando se tem uma variável preditora qualitativa e uma variável resposta quantitativa; neste caso, o escore do instrumento entre os grupos de profissionais da UTIN. ANOVA apenas informa se os grupos diferem, mas não indica qual deles é diferente. Para esta diferenciação, é necessário realizar, posteriormente quando se detecta uma diferença estatisticamente significativa, o teste de Tukey, que compara os grupos aos pares, sendo complementar à ANOVA (Barbetta, 2005).

¹³ O teste de Mann-Whitney é um teste não paramétrico que avalia se existe uma diferença estatística significativa entre as médias dos postos de duas condições. É usado quando tem participantes diferentes em cada condição (amostras independentes) (Dancey & Reidy, 2013).

Kruskal-Wallis¹⁴. No trabalho utilizou-se como critério de decisão o nível de 5% de significância em todos os casos.

2.6 Análise ética de riscos e benefícios, limitações

Os preceitos éticos da legislação atual foram respeitados em todas as etapas da pesquisa, especialmente no que se refere ao respeito à autonomia dos participantes, sigilo nas informações obtidas e na identificação dos profissionais. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) sob o número 260/11, em 01 de março de 2012 (vide ANEXO D). Como o local da pesquisa foi um hospital público estadual, o projeto foi submetido também ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil “Nossa Senhora da Glória” (HINSG), ligado a Secretária de Saúde do Estado do Espírito Santo (SESA), sendo aprovado sob o n. 01/2012, em 20 de março de 2012 (vide ANEXO E).

A pesquisa não ofereceu riscos para os participantes, conforme rege as diretrizes e normas regulamentadoras da resolução de pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução 466, 2012) e como benefício discutiu variáveis importantes na adequação do manejo de dor, a partir da identificação de alguns fatores relacionados ao RNPT, ao profissional e, principalmente ao clima organizacional da UTIN. Essa identificação poderá trazer subsídios para uma melhor compreensão do caminho a ser trilhado pelos profissionais da UTIN com objetivo de melhorar a assistência ao RNPT no que se refere ao alívio da dor visando desenvolvimento futuro apropriado.

Uma limitação da pesquisa está relacionada à amostra de conveniência representada por profissionais de uma UTIN localizada em hospital geral e público, o

¹⁴ O teste de Kruskal-Wallis é um método não paramétrico usado para testar se um conjunto de amostras provêm da mesma distribuição, sendo o equivalente de ANOVA e uma generalização do teste de Mann-Whitney. O teste não dirá quais as condições são diferentes umas das outras, mas somente que existe uma diferença (Dancey & Reidy, 2013)

que dificulta a generalização dos dados e resultados, comprometendo de certa forma a validade externa do estudo. No período de realização da pesquisa, houve perda do número de participantes devido a problemas de ordem trabalhista, de forma que foi necessário redução do número de participantes, principalmente na Etapa 3, o que pode ter prejudicado os resultados finais. Outra limitação foi o fato de não encontrarmos escala de avaliação do estresse, do *coping* ocupacional e do clima organizacional de profissionais de UTIN, sendo necessária uma adequação dos itens das escalas utilizadas na pesquisa.

3. RESULTADOS

O objetivo central da pesquisa está centrado na identificação e análise das variáveis que facilitam e/ou dificultam a realização de medidas de alívio de dor por profissionais de UTIN, e que explicariam seu engajamento ou não na aplicação de tais medidas. Entre essas variáveis, analisou-se o conhecimento e a prática do profissional no alívio da dor, principalmente durante os procedimentos invasivos rotineiros; a presença de estressores e características do clima organizacional no âmbito da UTIN e suas relações com as estratégias de enfrentamento do profissional de saúde - todas afetando seu engajamento ou não no manejo da dor neonatal. Esta será, então, a sequência de apresentação dos resultados obtidos.

Como a metodologia deste estudo propôs a participação dos profissionais em diferentes etapas da pesquisa, com utilização de questionário, escalas e entrevista, ocorreram perdas no período de coleta de dados devido ao término de contrato de trabalho e/ou pedido de exoneração do vínculo empregatício, dessa forma, os resultados foram analisados conforme o número de profissionais em cada etapa e o instrumento utilizado (Tabela 6).

Tabela 6. *Resumo das etapas do estudo e número de participantes*

	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4
Conteúdo	Concepções e crenças RNPT e a dor	Estresse e <i>Coping</i> ocupacional	Diagnóstico e Clima organizacional	Concepções e crenças RNPT e a dor Estresse e <i>Coping</i> ocupacional Clima organizacional
Período	Março/Maio 2012	Maio/Junho 2012	Setembro 2012	Junho 2013
Tipo de instrumento	Questionário – avaliação e manejo da dor	Escalas (ERI e ECO)	Escalas (DO e ECOOS)	Entrevista individual
Amostras	84 PS: 21 médicos; 14 enfermeiros; 49 técnicos	80 PS: 21 médicos; 14 enfermeiros; 45 técnicos;	25 PS (sorteio): 8 médicos; 9 enfermeiros; 8 técnicos;	15 PS: 5 médicos; 5 enfermeiros; 5 técnicos;

Legenda. PS =profissionais de saúde; RNPT= recém-nascido RNPT; ERI = Effort-Reward Imbalance; ECO = Escala Coping Ocupacional; DO = Diagnóstico Organizacional; ECOOS = Escala Clima Organizacional para Organizações de Saúde.

3.1 Concepção, avaliação e manejo da dor neonatal por profissionais de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

3.1.1 Avaliação da dor neonatal pelos profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Todos os 84 PS responderam, no questionário, que consideram que o RNPT sente dor. Na identificação da dor, o choro foi o comportamento mais citado, sendo que 95,2 dos 84 PS assinalaram esse comportamento, enquanto que 92,9 desses marcaram agitação e 81% deles apontaram olhos espremidos); apenas 23,8% marcaram a quietude do RNPT como um sinal de dor (Tabela 7).

Tabela 7. *Comportamentos de dor do RNPT segundo profissionais de UTIN (N = 84)*

Comportamentos de dor	Profissionais da UTIN			
	Médico (n = 21)	Enfermeiro (n = 14)	Técnico (n = 49)	Total (N = 84)
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i> (%)*
Choro	18	13	49	80 (95,2)
Agitação	19	14	45	78 (92,9)
Olhos espremidos	17	12	39	68 (81,0)
Tremor do queixo	12	8	37	57 (67,9)
Recusa do peito	14	7	34	55 (65,5)
Fronte saliente	13	7	16	36 (42,9)
Língua tensa	12	5	13	30 (35,7)
Boca estirada	12	4	9	25 (29,8)
Sulco nasolabial	11	2	9	22 (26,3)
Boca aberta	4	0	18	22 (26,2)
Quieto	10	1	9	20 (23,8)
Protrusão da língua	4	4	7	15 (17,9)

* O percentual da coluna corresponde à proporção de profissionais, dentre os 84 , que assinalaram o respectivo comportamento como indicativo de dor.

Em relação ao conhecimento sobre a dor e suas consequências, a maioria (97,6%) das respostas dos profissionais demonstrou a importância do tratamento da dor, embora somente um terço da amostra (32,1%) respondeu de ter conhecimento de escala/instrumento para avaliação da dor, e mais da metade (65,5%) dos participantes assinalaram o item “às vezes” sobre a realização de analgesia em procedimentos invasivos de rotina. A quase totalidade dos participantes (97,6%) respondeu sobre a interferência da dor no desenvolvimento futuro do RNPT (Tabela 8).

Tabela 8. *Respostas de profissionais da UTIN sobre a dor neonatal e suas consequências (N = 84)*

	Profissionais	Médico (n = 21)	Enfermeiro (n = 14)	Técnico (n = 49)	Total (N = 84)*
Considerações sobre dor neonatal e consequências		f	f	f	f (%)
Importante tratar a dor	Sim	20	14	48	82 (97,6)
Conhecimento de escala/instrumento para avaliação da dor	Sim	10	7	9	26 (32,1)
Interferência da dor no desenvolvimento futuro	Sim	21	13	48	82 (97,6)
Realização de analgesia em procedimentos invasivos de rotina	Sim	6	2	13	21 (25)

* O percentual da coluna corresponde à proporção de profissionais, dentre os 84 , que assinalaram respostas positivas para os itens.

Na entrevista, os 15 PS confirmaram a crença de que a dor do RNPT pode ser maior que do adulto e reforçam a ideia de que a avaliação se faz, principalmente, pelos parâmetros comportamentais como choro, expressão facial (“face de dor”), mímica e agitação com movimentos dos membros. Os profissionais avaliaram que a quietude pode significar dor e representa uma forma que o RNPT tem de buscar proteção. Outros parâmetros de avaliação da dor foram citados, como o não ganho de peso, a falta de sono, e a piora do quadro clínico. Os entrevistados citaram também os parâmetros fisiológicos, como a alteração na frequência cardíaca, a queda da saturação de oxigênio, as modificações de temperatura e a presença de eliminações (diurese e fezes). Eles consideram, por exemplo, que o choro de dor é diferente do choro de fome.

Os PS relataram nas entrevistas considerar que a dor pode acarretar repercussões no desenvolvimento posterior do RNPT, também dificultando o ganho de peso, podendo levar à hemorragia intracraniana (HIC). Eles entendem que existe uma lembrança, uma memória da dor que pode acarretar transtornos psíquicos, psiquiátricos, cognitivos, emocionais, distúrbio de atenção, neurológicos e de concentração, inclusive, autismo. Para os entrevistados, a dor pode acarretar traumas que ficam registrados no subconsciente e causar reações de estresse com liberação de vários hormônios, como as catecolaminas que podem alterar o cérebro RNPT. As crianças podem ficar irritadas,

medrosas, assustadas, choronas, em consequência da dor, no período de internação na UTIN. Essas informações estão resumidas na Tabela 9 que apresenta as categorias e subcategorias de análise da entrevista, além de exemplos de relatos dos participantes.

Tabela 9. *Avaliação e consequências da dor no recém-nascido, segundo profissionais de UTIN (n = 15)*

Profissional Categoria	Médicos (n = 5)	Enfermeiros (n = 5)	Técnicos de Enfermagem (n = 5)	Exemplos de relatos verbais
Avaliação da dor	Expressão facial de dor Agitação Taquicardia Dessaturação	Expressão facial de dor Choro Movimentação dos braços Quiétude	Expressão facial de dor Choro Irritação Frequência cardíaca Temperatura Resíduo gástrico	<i>Prá mim, sente. Como eu avalio a dor? Ele faz “carinha”, né? “Carinha” de dor, ele faz agitação, ele faz taquicardia. É... Ele faz é... Até faz dessaturação por dor, né? [M4]</i>
Consequências da dor	Reação de estresse; Liberação de hormônios; Alteração emocional.	Distúrbio na atenção, neurológicos e na concentração.	Desenvolvimento retardado; Inteligência prejudicada; Trauma; Memória da dor.	<i>No seu desenvolvimento? Eu acho que ele pode ter distúrbio de atenção, neurológicos, concentração. Eu acho que tem inúmeras consequências. [E4]</i>

Nota: M= médico E= enfermeiro.

3.1.2 A dor em procedimentos invasivos de rotina na UTIN

O grau de dor do RN foi avaliado em relação a 20 procedimentos invasivos de rotina por 84PS da UTIN:

- 1) *dor extrema*- durante a realização da drenagem torácica, punção supra púbica, intubação orotraqueal, punção lombar e punção veia/artéria;
- 2) *muita dor* - durante a realização da inserção do PICC, sondagem vesical, punção de calcanhar, injeção intramuscular, aspiração da traqueostomia e traqueal;

3) *dor moderada* - foi referida como possível de ocorrer durante a realização do cateterismo umbilical, aspiração oral/nasal, colocação e retirada da sonda gástrica e na retirada de curativo, de venóclise, do PICC, do tubo oro traqueal e sonda vesical;

4) *pouca* - na colocação e retirada de sonda gástrica e na retirada da sonda vesical (Tabela 10) (ver a descrição desses procedimentos no Glossário).

Tabela 10. Avaliação do grau de dor neonatal em 20 procedimentos invasivos de rotina, segundo profissionais da UTIN (N = 84)

Profissionais	Médico (n = 21)	Enfermeiro (n = 14)	Técnico (n = 49)	Geral (N = 84)
Procedimento	Md(min-máx)	Md(min-máx)	Md(min-máx)	Md(min-máx)
Drenagem torácica	4,00(2-4)	4,00(4-4)	4,00(1-4)	4,00(1-4)
Punção supra púbica	4,00(1-4)	4,00(4-4)	4,00(1-4)	4,00(1-4)
Intubação orotraqueal	3,00(1-4)	4,00(2-4)	4,00(0-4)	4,00(0-4)
Punção lombar	3,00 ^b (1-4)	4,00 ^a (2-4)	4,00 ^a (1-4)	4,00(1-4)
Punção veia/artéria	4,00(1-4)	4,00(3-4)	4,00(1-4)	4,00(1-4)
Sondagem vesical	2,00 ^c (1-4)	3,00 ^a (2-4)	3,00 ^b (0-4)	3,00(0-4)
Punção de calcanhar	3,00 ^b (2-4)	4,00 ^a (3-4)	3,00 ^b (0-4)	3,00(0-4)
Injeção intramuscular	3,00(1-4)	4,00(2-4)	3,00(1-4)	3,00(1-4)
Aspiração traqueostomia	3,00 ^b (1-4)	3,50 ^a (2-4)	2,00 ^c (0-4)	3,00(0-4)
Aspiração traqueal	3,00 ^b (1-4)	4,00 ^a (1-4)	3,00 ^b (0-4)	3,00(0-4)
Inserção PICC	3,00 ^b (2-4)	4,00 ^a (2-4)	3,00 ^b (1-4)	3,00(1-4)
Cateterismo umbilical	2,00(0-4)	2,00(0-4)	2,00(0-4)	2,00(0-4)
Retirada curativo	2,00(0-4)	2,00(1-4)	2,00(0-4)	2,00(0-4)
Retirada venóclise	2,00(1-4)	2,00(0-4)	2,00(0-4)	2,00(0-4)
Retirada PICC	2,00(0-4)	2,00(0-3)	2,00(0-4)	2,00(0-4)
Retirada TOT	2,00(1-4)	2,50(1-4)	2,00(0-4)	2,00(0-4)
Retirada sonda vesical	1,00(0-3)	2,00(0-3)	2,00(0-4)	2,00(0-4)
Colocação sonda gástrica	1,00 ^c (0-4)	3,00 ^a (1-4)	2,00 ^b (0-4)	2,00(0-4)
Retirada sonda gástrica	1,00(0-3)	2,00(0-3)	2,00(0-4)	2,00(0-4)
Aspiração oral/nasal	2,00(1-3)	2,50(0-4)	2,00(0-4)	2,00(0-4)

Legenda: Md= mediana; min= mínimo; máx= máximo; PICC= cateter central de inserção periférica; TOT= tubo oro traqueal; Valores referentes à escala: 0= indolor; 1= pouca dor; 2 = dor moderada; 3= muita dor; 4= dor extrema; Letras distintas na mesma linha representam diferença significativa pelo teste de Mann-Whitney no nível 5% significância.

Houve diferenças significativas entre a avaliação do grau de dor pelos profissionais em 7 procedimentos dos 20 avaliados no protocolo (Tabela 11) (vide dados completos no APÊNDICE H). Os médicos se diferenciam por serem os únicos a considerar que um dos procedimentos produz *pouca dor* no RN – a colocação da sonda gástrica. Enfermeiros e técnicos de enfermagem concordaram apenas em relação à punção

lombar como sendo de *dor extrema*. Médicos e enfermeiros concordaram apenas com a avaliação da aspiração da traqueostomia como sendo um procedimento que gera *muita dor*. Da mesma forma, médicos e técnicos de enfermagem concordaram que a punção do calcanhar produz *muita dor* no RN (Tabela 11 e Tabela 12).

Tabela 11. *Diferenças entre profissionais da UTIN quanto ao grau de dor neonatal em procedimentos médicos invasivos (N =84)*

Profissionais da UTIN	Médico (n = 21)	Enfermeiro (n = 14)	Técnico (n = 49)	Geral (N = 84)
Procedimento	<i>Md</i> (min-máx)	<i>Md</i> (min-máx)	<i>Md</i> (min-máx)	<i>Md</i> (min-máx)
Punção lombar	3,00 ^b (1-4)	4,00 ^a (2-4)	4,00 ^a (1-4)	4,00 (1-4)
Sondagem vesical	2,00 ^c (1-4)	3,00 ^a (2-4)	3,00 ^b (0-4)	3,00 (0-4)
Punção calcanhar	3,00 ^b (2-4)	4,00 ^a (3-4)	3,00 ^b (0-4)	3,00 (0-4)
Aspiração traqueostomia	3,00 ^b (1-4)	3,50 ^a (2-4)	2,00 ^c (0-4)	3,00 (0-4)
Aspiração traqueal	3,00 ^b (1-4)	4,00 ^a (1-4)	3,00 ^b (0-4)	3,00 (0-4)
Inserção PICC	3,00 ^b (2-4)	4,00 ^a (2-4)	3,00 ^c (1-4)	3,00 (1-4)
Colocação sonda gástrica	1,00 ^c (0-4)	3,00 ^a (1-4)	2,00 ^b (0-4)	2,00 (0-4)

Legenda: Md= mediana; min = mínimo; máx = máximo; PICC= cateter central de inserção periférica; Valores referentes à escala: 0= indolor; 1= pouca dor; 2 = dor moderada; 3= muita dor; 4= dor extrema; Letras distintas na mesma linha representam diferença significativa pelo teste de Mann-Whitney no nível 5% significância.

Resumindo esses dados, tem-se o quadro comparativo na Tabela 12, evidenciando haver mais divergências do que concordâncias entre os PS quanto ao grau de dor gerada pelos procedimentos na UTIN.

Tabela 12. *Grau de dor neonatal em sete procedimentos de rotina, segundo profissionais da UTIN (N = 84)*

Grau de dor	Profissionais da UTIN		
	Médico (n = 21)	Enfermeiro (n = 14)	Técnico (n = 49)
Indolor	---	---	---
Pouca dor	Colocação da sonda gástrica	---	---
Dor moderada	Sondagem vesical	---	Aspiração da traqueostomia Colocação da sonda gástrica
Muita dor	Aspiração da traqueostomia Inserção do PICC Punção de calcanhar Punção lombar	Aspiração da traqueostomia Sondagem gástrica Sondagem vesical	Aspiração traqueal Punção de calcanhar Sondagem vesical
Dor extrema	---	Punção lombar Aspiração traqueal Inserção do PICC Punção calcanhar	Punção lombar

Quanto à intensidade da dor do RNPT comparada com o adulto, os PS, em geral, consideraram que o RNPT *sente mais* dor que o adulto em 7 dos 20 procedimentos, a saber: punção de calcanhar, punção na veia/ artéria, inserção do PICC, punção lombar, injeção intramuscular, drenagem torácica e intubação orotraqueal. Nos outros 13 procedimentos invasivos, os PS consideraram que o RN sente a *mesma dor* que o adulto (Tabela 13) (vide dados completos no APÊNDICE H).

Tabela 13. *Intensidade de dor do RNPT comparada ao adulto, em procedimentos invasivos, segundo profissionais da UITN (N = 84)*

Profissionais	Médico (n=21)	Enfermeiro (n=14)	Técnico (n=49)	Geral (N =84)
Procedimento	<i>Md</i> (min-máx)	<i>Md</i> (min-máx)	<i>Md</i> (min-máx)	<i>Md</i> (min-máx)
Punção calcânhar	4,00 (0-4)	4,00 (0-4)	4,00 (0-4)	4,00 (0-4)
Punção veia/artéria	3,00 (0-4)	4,00 (2-4)	4,00 (2-4)	4,00 (0-4)
Inserção PICC	3,00 (0-4)	4,00 (2-4)	4,00 (2-4)	4,00 (0-4)
Punção lombar	3,00 (0-4)	4,00 (0-4)	4,00 (0-4)	4,00 (0-4)
Injeção intramuscular	2,00 (0-4)	4,00 (0-4)	4,00 (0-4)	4,00 (0-4)
Drenagem torácica	2,00 (0-4)	4,00 (2-4)	4,00 (0-4)	4,00 (0-4)
Intubação orotraqueal	2,00 (0-4)	4,00 (2-4)	4,00 (0-4)	4,00 (0-4)
Punção supra púbica	2,00 (0-4)	4,00 (2-4)	4,00 (0-4)	2,00 (0-4)
Aspiração traqueal	2,00 (0-4)	4,00 (0-4)	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)
Aspiração traqueostomia	2,00 ^b (0-4)	4,00 ^a (2-4)	2,00 ^b (0-4)	2,00 (0-4)
Sondagem vesical	2,00 (0-4)	3,00 (2-4)	3,00 (0-4)	2,00 (0-4)
Aspiração oral/nasal	2,00 ^b (0-4)	4,00 ^a (2-4)	2,00 ^b (0-4)	2,00 (0-4)
Retirada PICC	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)
Retirada curativo	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)
Cateterismo umbilical	2,00 (0-4)	3,00 (0-4)	4,00 (0-4)	2,00 (0-4)
Retirada TOT	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)
Colocação sonda gástrica	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)
Retirada sonda vesical	2,00 (0-4)	3,00 (0-4)	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)
Retirada sonda gástrica	2,00 (2-4)	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)
Retirada venóclise	2,00 (2-4)	2,00 (0-4)	4,00 (0-4)	2,00 (0-4)

Legenda: *Md*= mediana; min = mínimo; máx = máximo; PICC = cateter central de inserção periférica; Valores referentes à escala: 0 = menos dor; 2 = mesma dor; 4 = mais dor; Letras distintas na mesma linha representam diferença significativa pelo teste de Mann-Whitney no nível 5% significância.

A aspiração da traqueostomia e a aspiração oral/nasal foram avaliadas como significativamente mais dolorosas pelos enfermeiros em relação aos médicos e técnicos de enfermagem (Tabela 14).

Tabela 14. *Diferenças entre os profissionais da UTIN quanto à intensidade de dor do RNPT comparada à do adulto em procedimentos invasivos (N = 84)*

Profissionais	Médico (n = 21)	Enfermeiro (n = 14)	Técnico (n = 49)	Geral (N = 84)
Procedimento	<i>Md</i> (min-máx)	<i>Md</i> (min-máx)	<i>Md</i> (min-máx)	<i>Md</i> (min-máx)
Aspiração traqueostomia	2,00 ^b (0-4)	4,00 ^a (2-4)	2,00 ^b (0-4)	2,00 (0-4)
Aspiração oral/nasal	2,00 ^b (0-4)	4,00 ^a (2-4)	2,00 ^b (0-4)	2,00 (0-4)

Legenda: *Md*= mediana; min= mínimo; máx= máximo; Valores referentes à escala: 0 = menos dor; 2 = mesma dor; 4 = mais dor; Letras distintas na mesma linha representam diferença significativa pelo teste de Mann-Whitney no nível 5% significância.

Na avaliação do *grau de estresse* percebido pelos 84 PS na realização dos procedimentos médicos invasivos, em geral, consideraram todos *estressantes*, sendo que dos 20 procedimentos, 13 foram avaliados como *muito stressantes*, a saber: drenagem torácica, intubação oro traqueal, punção supra púbica, punção na veia/artéria, punção lombar, inserção do PICC, aspiração traqueal, aspiração da traqueostomia, punção de calcânhar, injeção intramuscular, aspiração oral/nasal, colocação da sonda vesical e retirada TOT. O cateterismo umbilical, colocação da sonda gástrica, retirada de curativo, retirada do PICC, retirada de venóclise, sonda vesical e gástrica foram considerados *pouco stressantes* para o PS (Tabela 15) (vide dados completos no APÊNDICE H).

Esses PS não se diferenciaram em relação ao nível de estresse percebido durante a execução de procedimentos médicos invasivos (Tabela 15) (vide dados completos no APÊNDICE H).

Tabela 15. Níveis de estresse dos profissionais da UTIN durante a realização de procedimentos invasivos em neonatos (N = 84)

Profissionais	Médico (n = 21)	Enfermeiro (n = 14)	Técnico (n = 49)	Geral (N = 84)
Procedimento	*Md (min- máx)	*Md (min- máx)	*Md (min-máx)	Md (min-máx)
Drenagem torácica	4,00 (2-4)	4,00 (4-4)	4,00 (2-4)	4,00 (2-4)
Intubação orotraqueal	4,00 (2-4)	4,00 (4-4)	4,00 (0-4)	4,00 (0-4)
Punção supra púbica	4,00 (2-4)	4,00 (4-4)	4,00 (0-4)	4,00 (0-4)
Punção veia/artéria	4,00 (0-4)	4,00 (4-4)	4,00 (2-4)	4,00 (0-4)
Punção lombar	4,00 (0-4)	4,00 (4-4)	4,00 (2-4)	4,00 (0-4)
Inserção PICC	4,00 (2-4)	4,00 (2-4)	4,00 (2-4)	4,00 (2-4)
Aspiração traqueal	4,00 (2-4)	4,00 (4-4)	4,00 (2-4)	4,00 (2-4)
Aspiração traqueostomia	4,00 (0-4)	4,00 (4-4)	4,00 (0-4)	4,00 (0-4)
Punção calcanhar	4,00 (0-4)	4,00 (2-4)	4,00 (0-4)	4,00 (0-4)
Injeção intramuscular	4,00 (0-4)	4,00 (2-4)	4,00 (0-4)	4,00 (0-4)
Aspiração oral/nasal	4,00 (0-4)	4,00 (2-4)	4,00 (0-4)	4,00 (0-4)
Colocação sonda vesical	4,00 (0-4)	4,00 (2-4)	4,00 (2-4)	4,00 (0-4)
Retirada TOT	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)	4,00 (0-4)	2,00 (0-4)
Cateterismo umbilical	2,00 (0-4)	4,00 (0-4)	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)
Colocação sonda gástrica	2,00 (0-4)	4,00 (0-4)	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)
Retirada curativo	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)
Retirada PICC	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)
Retirada venóclise	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)
Retirada sonda vesical	2,00 (0-4)	2,00 (2-4)	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)
Retirada sonda gástrica	2,00 (0-4)	2,00 (2-4)	2,00 (0-4)	2,00 (0-4)

Legenda: Md = Mediana; min = mínimo; máx = máximo; PICC = cateter central de inserção periférica; TOT = tubo orotraqueal; Valores referentes à escala: 0 = sem estresse; 2 = pouco estresse dor; 4 = muito estresse; * Teste de Kruskal-Wallis não acusou diferença significativa para nenhum procedimento no nível de 5%.

Quanto à prática de medidas de alívio da dor, a drenagem torácica foi indicada como sendo realizada *sempre* com analgesia. A inserção do PICC foi apontada como procedimento que *geralmente* é feito com medidas de alívio de dor. Os PS avaliaram que 4 procedimentos *raramente* foram realizados com analgesia, a saber: punção suprapúbica, intubação oro traqueal, punção lombar e punção veia/artéria (Tabela 16).

A sondagem vesical, o cateterismo umbilical, a punção de calcanhar, a injeção intramuscular, a aspiração da traqueostomia, a aspiração traqueal, a retirada de curativo, de venóclise, do PICC, do TOT e da sonda vesical, a colocação e retirada da sonda gástrica e a aspiração oral/nasal foram os procedimentos apontados como *nunca* realizados com medidas de alívio da dor.

Tabela 16. *Prática de analgesia de profissionais da UTIN em procedimentos invasivos (N = 84)*

Profissionais	Médico (n = 21)	Enfermeiro (n = 14)	Técnico (n = 49)	Geral (N = 84)
Procedimento	<i>Md</i> (min-max)	<i>Md</i> (min-max)	<i>Md</i> (min-max)	<i>Md</i> (min-max)
Drenagem torácica	4,00(1-4)	4,00(1-4)	3,00(0-4)	4,00(0-4)
Inserção PICC	3,50 ^a (1-4)	3,00 ^a (0-4)	1,00 ^b (0-4)	3,00(0-4)
Punção supra púbica	1,00(0-4)	3,00(0-4)	1,00(0-4)	1,00(0-4)
Intubação orotraqueal	3,00(0-4)	1,00(0-4)	1,00(0-4)	1,00(0-4)
Punção lombar	1,00(0-4)	2,00(0-4)	1,00(0-4)	1,00(0-4)
Cateterismo umbilical	1,00(0-4)	0,00(0-4)	0,00(0-4)	0,00(0-4)
Punção veia/artéria	1,00 (0-3)	1,00(0-4)	0,00(0-4)	1,00(0-4)
Sondagem vesical	1,00(0-4)	0,50(0-4)	0,00(0-4)	0,00(0-4)
Punção calcanhar	0,00 ^b (0-2)	1,00 ^a (0-4)	0,00 ^a (0-4)	0,00(0-4)
Injeção intramuscular	0,00(0-1)	0,00(0-4)	0,00(0-4)	0,00(0-4)
Aspiração traqueostomia	0,00(0-2)	0,00(0-4)	0,00(0-4)	0,00(0-4)
Aspiração traqueal	1,00 ^a (0-3)	0,00 ^b (0-4)	0,00 ^b (0-4)	0,00(0-4)
Retirada curativo	0,00(0-1)	0,00(0-4)	0,00(0-3)	0,00(0-4)
Retirada venóclise	0,00(0-1)	0,00(0-4)	0,00(0-2)	0,00(0-4)
Retirada PICC	0,00(0-1)	0,00(0-4)	0,00(0-3)	0,00(0-4)
Retirada TOT	0,00(0-1)	0,00(0-4)	0,00(0-4)	0,00(0-4)
Retirada sonda vesical	0,00(0-1)	0,00(0-4)	0,00(0-4)	0,00 (0-4)
Colocação sonda gástrica	0,00(0-1)	0,00(0-4)	0,00(0-3)	0,00(0-4)
Retirada sonda gástrica	0,00(0-1)	0,00(2-4)	0,00(0-2)	0,00(0-4)
Aspiração oral/nasal	0,00(0-3)	0,00(0-4)	0,00(0-1)	0,00(0-4)

Legenda: *Md* = mediana; min = mínimo; máx = máximo; PICC = cateter central de inserção periférica; TOT= tubo orotraqueal; Valores referentes à escala: 0 = nunca; 1 = raramente; 2 = frequentemente; 3 = geralmente; 4 = sempre; Letras distintas na mesma linha representam diferença significativa pelo teste de Mann-Whitney no nível 5% significância.

Os PS se diferenciam quanto à prática de analgesia durante a inserção do PICC, pois, para os médicos e enfermeiros, a avaliação foi de que *geralmente* é realizada alguma medida de alívio, enquanto que, para os técnicos de enfermagem, *raramente* a analgesia é realizada. Na punção de calcanhar, os médicos e os técnicos avaliaram que

nunca realizaram analgesia, diferindo dos enfermeiros que avaliaram como *raramente*. Na aspiração traqueal, os médicos avaliaram que *raramente* utilizavam analgesia, enquanto que os enfermeiros e técnicos *nunca* usavam medidas de alívio de dor (Tabela 17).

Tabela 17. Avaliação entre os profissionais da UTIN quanto à prática de analgesia em procedimentos invasivos (N = 84)

Profissionais	Médico (n = 21)	Enfermeiro (n = 14)	Técnico (n = 49)	Geral (N = 84)
Procedimento	Md (min-máx)	Md (min-máx)	Md (min-máx)	Md (min-máx)
Inserção PICC	3,50 ^a (1-4)	3,00 ^a (0-4)	1,00 ^b (0-4)	3,00 (0-4)
Punção calcânhar	0,00 ^b (0-2)	1,00 ^a (0-4)	0,00 ^a (0-4)	0,00 (0-4)
Aspiração traqueal	1,00 ^a (0-3)	0,00 ^b (0-4)	0,00 ^b (0-4)	0,00 (0-4)

Legenda: Md= mediana; min= mínimo; máx= máximo; PICC= cateter central de inserção periférica; Valores referentes à escala: 0=nunca; 1= raramente; 2= frequentemente; 3= geralmente; 4= sempre; Letras distintas na mesma linha representam diferença significativa pelo teste de Mann-Whitney no nível 5% significância.

Quanto às medidas de analgesia esperada, os PS apontaram que somente 6 dos 20 procedimentos deveriam ser realizados *sempre* com analgesia, tais como: drenagem torácica, punção supra púbica, inserção do PICC, punção lombar, intubação orotraqueal e punção veia/artéria. A punção de calcânhar, sondagem vesical, cateterismo umbilical e injeção intramuscular *geralmente* deveriam ser realizados com analgesia. A retirada do tubo orotraqueal, do PICC, de curativo, de venóclise e da sonda vesical, aspiração traqueal e de traqueostomia *frequentemente* deveriam ser realizados com medidas analgésicas, enquanto que para a colocação da sonda oro gástrica, aspiração oral/nasal e a retirada da sonda gástrica *raramente* deveriam ser realizadas com tais medidas (Tabela 18).

Tabela 18. *Analgesia esperada de profissionais da UTIN em procedimentos invasivos (N =84)*

Profissionais	Médico (n = 21)	Enfermeiro (n = 14)	Técnico (n = 49)	Geral (N = 84)
Procedimento	<i>Md</i> (min-max)	<i>Md</i> (min-max)	<i>Md</i> (min-max)	<i>Md</i> (min-max)
Drenagem torácica	4,00 ^a (4-4)	4,00 ^c (2-4)	4,00 ^b (0-4)	4,00(0-4)
Punção suprapúbica	4,00 (2-4)	4,00(2-4)	4,00(0-4)	4,00(0-4)
Inserção PICC	4,00(3-4)	4,00(1-4)	4,00(0-4)	4,00(0-4)
Intubação orotraqueal	4,00 ^a (0-4)	4,00 ^a (0-4)	3,00 ^b (0-4)	4,00(0-4)
Punção lombar	4,00(0-4)	4,00(0-4)	4,00(0-4)	4,00(0-4)
Punção veia/arterial	4,00 (0-4)	4,00(0-4)	3,00(0-4)	4,00(0-4)
Cateterismo umbilical	2,50 (0-3)	3,50 (0-4)	3,00(0-4)	3,00(0-4)
Sondagem vesical	4,00(0-4)	2,50(0-4)	3,00(0-4)	3,00(0-4)
Punção calcânhar	4,00(0-2)	4,00 (0-4)	2,00 (0-4)	3,00(0-4)
Injeção intramuscular	4,00 ^a (0-1)	4,00 ^a (0-4)	2,00 ^b (0-4)	3,00(0-4)
Aspiração traqueostomia	4,00 ^a (0-2)	3,00 ^a (0-4)	2,00 ^b (0-4)	2,00(0-4)
Aspiração traqueal	4,00 ^a (0-3)	3,50 ^a (0-4)	1,00 ^b (0-4)	2,00(0-4)
Retirada curativo	2,50 ^a (0-1)	2,50 ^a (0-4)	1,00 ^b (0-3)	2,00(0-4)
Retirada venóclise	2,00 ^a (0-1)	2,00 ^a (0-4)	1,00 ^b (0-2)	2,00(0-4)
Retirada PICC	3,00(0-1)	2,50(0-4)	2,00(0-3)	2,00(0-4)
Retirada TOT	2,00 ^a (0-1)	3,00 ^a (0-4)	2,00 ^b (0-4)	2,00(0-4)
Retirada sonda vesical	2,00(0-1)	2,00(0-4)	1,00(0-4)	2,00 (0-4)
Colocação sonda gástrica	2,00 ^a (0-1)	2,00 ^a (0-4)	1,00 ^b (0-3)	1,00(0-4)
Retirada sonda gástrica	1,00 ^a (0-1)	2,00 ^a (2-4)	0,00 ^b (0-2)	1,00(0-4)
Aspiração oral/nasal	2,00 ^a (0-3)	2,00 ^a (0-4)	0,00 ^b (0-1)	1,00(0-4)

Legenda: *Md*= mediana; min = mínimo; máx = máximo; PICC = cateter central de inserção periférica; TOT= tubo oro traqueal; Valores referentes à escala: 0 = nunca; 1 = raramente; 2 = frequentemente; 3 = geralmente; 4 = sempre; Letras distintas na mesma linha representam diferença significativa pelo teste de Mann-Whitney no nível 5% significância.

As diferenças nas avaliações proferidas pelos profissionais sobre a analgesia esperada em procedimentos invasivos estão apresentadas na Tabela 19.

Tabela 19. Avaliação dos profissionais da UTIN quanto à analgesia esperada em procedimentos invasivos (N = 84)

Profissionais	Médico (n = 21)	Enfermeiro (n = 14)	Técnico (n = 49)	Geral (N = 84)
Procedimento	Md (min-máx)	Md (min-máx)	Md (min-máx)	Md (min-máx)
Drenagem torácica	4,00 ^a (4-4)	4,00 ^c (2-4)	4,00 ^b (0-4)	4,00 (0-4)
Intubação orotraqueal	4,00 ^a (1-4)	4,00 ^b (0-4)	3,00 ^b (0-4)	3,00 (0-4)
Injeção intramuscular	4,00 ^a (0-4)	4,00 ^a (0-4)	2,00 ^b (0-4)	3,00 (0-4)
Aspiração traqueostomia	4,00 ^a (1-4)	3,00 ^a (1-4)	2,00 ^b (0-4)	2,00 (0-4)
Aspiração traqueal	4,00 ^a (1-3)	3,50 ^a (1-4)	1,00 ^b (0-4)	2,00 (0-4)
Retirada TOT	2,00 ^a (0-4)	3,00 ^a (0-4)	2,00 ^b (0-3)	2,00 (0-4)
Retirada curativo	2,50 ^a (1-1)	2,50 ^a (0-4)	1,00 ^b (0-4)	2,00 (0-4)
Retirada venóclise	2,00 ^a (0-1)	2,00 ^a (0-4)	1,00 ^b (0-4)	2,00 (0-4)
Colocação sonda gástrica	2,00 ^a (0-4)	2,00 ^a (0-4)	1,00 ^b (0-3)	1,00 (0-4)
Aspiração oral/nasal	2,00 ^a (0-4)	2,00 ^a (0-4)	0,00 ^b (0-4)	1,00 (0-4)
Retirada sonda gástrica	1,00 ^a (0-4)	2,00 ^a (0-4)	0,00 ^b (0-3)	1,00 (0-4)

Legenda: Md= mediana; min = mínimo; máx = máximo; TOT = tubo orotraqueal; Valores referentes à escala: 0 = nunca; 1 = raramente; 2 = frequentemente; 3 = geralmente; 4 = sempre; Letras distintas na mesma linha representam diferença significativa pelo teste de Mann-Whitney no nível 5% significância.

A Tabela 20 resume os dados que representam a diferença de avaliação dos PS.

Tabela 20. *Frequência de analgesia esperada em procedimentos invasivos, segundo profissionais da UTIN (N = 84)*

Profissionais Frequência de analgesia esperada	Médico (n=21)	Enfermeiro (n=14)	Técnico (n=49)
Sempre	Drenagem torácica Intubação Injeção intramuscular Aspiração traqueal Aspiração traqueostomia Retirada TOT	Drenagem torácica Intubação Injeção intramuscular	Drenagem torácica
Geralmente	---	Aspiração traqueostomia Aspiração traqueal Retirada TOT	Intubação
Frequentemente	Aspiração oro/nasal Retirada curativo Retirada Venóclise Colocação sonda gástrica Retirada TOT	Aspiração oro/nasal Retirada curativo Retirada Venóclise Retirada sonda gástrica Colocação sonda gástrica	Injeção intramuscular Aspiração traqueostomia
Raramente	Retirada sonda gástrica		Retirada TOT Aspiração traqueal Retirada curativo Retirada Venóclise Colocação sonda gástrica Aspiração oro/nasal

Legenda: TOT= tubo orotraqueal.

Em relação às patologias apresentadas pelo RNPT e analgesia, diferenças estatisticamente significativas se apresentaram para NEC, hemorragia intracraniana, sepse, neuropatia, broncodisplasia, malformações e cardiopatias. Por exemplo, para NEC o médico avalia que *sempre* há medidas de alívio da dor, mas para a equipe de enfermagem *geralmente* se faz analgesia. Na sepse, neuropatia, broncodisplasia, malformações e cardiopatia a enfermagem avalia que *frequentemente* se faz analgesia diferente, da avaliação médica que é de *raramente* (Tabela 21).

Tabela 21. *Patologias com manejo de alívio de dor, segundo profissionais da UTIN (N = 84)*

Profissionais	Médico (n=21)	Enfermeiro (n=14)	Técnico (n=49)	Geral (N =84)
Patologia	<i>Md</i> (min-máx)	<i>Md</i> (min-máx)	<i>Md</i> (min-máx)	<i>Md</i> (min-máx)
Enterocolite necrosante	4,00 ^a (3-4)	3,00 ^b (0-4)	3,00 ^b (0-4)	3,00 (0-4)
Hemorragia intracraniana	2,00 ^b (0-4)	3,00 ^a (0-4)	3,00 ^a (0-4)	2,00 (0-4)
Sepse	2,00 ^b (0-4)	1,50 ^b (0-4)	2,00 ^a (0-4)	2,00 (0-4)
Neuropatia	1,00 ^b (0-4)	2,00 ^a (0-4)	2,00 ^a (0-4)	2,00 (0-4)
Broncodisplasia	1,00 ^b (0-4)	1,50 ^a (0-4)	2,00 ^a (0-4)	2,00 (0-4)
Malformações	1,00 ^b (0-4)	1,00 ^b (0-4)	2,00 ^a (0-4)	1,50 (0-4)
Cardiopatia	1,00 ^b (0-4)	1,00 ^b (0-4)	2,00 ^a (0-4)	1,00 (0-4)

Legenda: *Md* = mediana; min = mínimo; máx = máximo; 0=nunca; 1=raramente; 2=frequentemente; 3=geralmente; 4=sempre; Letras distintas na mesma linha representam diferença significativa pelo teste de Mann-Whitney no nível 5% significância.

Nas entrevistas com 15 desses PS, a analgesia não foi citada como uma prática diária de rotina. Todavia, os entrevistados justificaram que as medidas de alívio da dor acalmam, relaxam e ajudam na queda da saturação dos RNPT e, por esse motivo, deveriam ser adotadas com mais frequência. Eles referiram que as medidas não farmacológicas, como a sucção não nutritiva, o uso de soluções adocicadas e a contenção não são feitas porque o profissional fica sozinho na realização do procedimento, com falta de locação de profissional suficiente.

O motivo alegado para o pouco uso de analgesia na prática diária foi de que não há preocupação com o cuidado e, sim, com a execução das tarefas. Para os participantes, a falta de comprometimento por parte dos profissionais da UTIN, a falta de cobrança pela gerência e a falta de educação continuada sobre o manejo de dor seriam os fatores responsáveis pela baixa frequência do uso de analgesia nos procedimentos invasivos de rotina. Além dos motivos citados acima, os entrevistados alegaram uma “questão cultural” que remetia à falta de preocupação da equipe com a dor do RNPT. Eles relataram que existiam atividades mais importantes e que deixavam as medidas de alívio da dor em segundo plano nas prioridades:

“Como é que eu acho que ele está sentindo? [...] taquicardia, inquietação, mas esqueci de lembrar [...] o menino que está quieto também está sentindo [...] você sabe que está tendo, mas você não tem a cultura mesmo de fazer”. [M 3].

Os PS concordaram que glicemia capilar, intubação orotraqueal e punção venosa figuram entre os procedimentos mais dolorosos e sondagem orogástrica como o menos doloroso (Tabela 22).

Tabela 22. Relatos sobre a dor neonatal, segundo entrevista com profissionais da UTIN (n = 15)

Categoria	Médico (n = 5)	Enfermeiro (n = 5)	Técnico (n = 5)	Exemplos de relato verbal
Manejo da dor inadequado	Não tem rotina de analgesia em procedimentos menores Manejo da dor ruim e precário.	Manejo não é feito porque as pessoas não têm preocupação com a dor Preocupação na realização da tarefa, não com o cuidado.	Pouca avaliação e poucas ações de alívio da dor Falta de preocupação com a dor do RNPT porque ele é pequeno e não reclama.	<i>Eu acho que são pequenas, né? São bastante pequenas. E hoje eu vejo que poucas pessoas avaliam isso, né? Os procedimentos, às vezes, não dão muita importância porque é pequenininho, não reclama. Ele reclama, mas não sabe entender a reclamação dele. Eu acho que poderia ser mais visto isso. Não tem uma rotina, não tem.[TE 4]</i>
Falta de rotina no alívio da dor	Cultura de que o RNPT não sente dor.	Desleixo, descuido, não se leva em consideração a dor do RNPT.	Não considera a expressão de dor do RN.	<i>Eu acho por considerar pouco que o RN se expressa. Não tanto valor à expressão que ele apresenta naquele momento. [TE 5]</i>
Procedimento mais doloroso	Glicemia capilar Intubação traqueal Punção venosa Punção lombar Coleta de exames arteriais Passagem de sonda Pronga nasal Punção arterial Troca de fralda	Glicemia capilar Intubação orotraqueal Punção venosa Drenagem torácica Punção de calcanhar Ordenha da gastrosquize Palpação do abdome com NEC Dissecção	Glicemia capilar Intubação Punção venosa Drenagem torácica Punção lombar Coleta de exames Sonda nasogástrica PICC Aspiração traqueal	<i>Acho que o destro é o mais doloroso [E5]</i> <i>Olha só é... Eu acho que... Não sei se é o mais doloroso, mas tem muitos procedimentos dolorosos. Uma intubação traqueal, acho que é um procedimento muito doloroso no bebê. É uma punção venosa num bebê, é um procedimento bastante doloroso [M1]</i> <i>Para mim, os mais dolorosos são todos os procedimentos de punção. Que punciona, punção venosa periférica, PICC [TE 3]</i>
Procedimento menos doloroso	Sondagem orogástrica Troca de fralda Manipulação do bebe Higiene Aspiração oral	Sondagem orogástrica Troca de fraldas Banho Cateterismo umbilical Punção venosa Higiene corporal Aspiração TOT	Sonda orogástrica Banho Sucção não nutritiva Medir temperatura	<i>Menos dolorosos: o banho, a higiene corporal, banho de leito. A sondagem orogástrica, ela é um procedimento indolor. Limpeza, higiene genital, troca de fralda [E2]</i> <i>Colocar menos doloroso; pensar assim em menos doloroso, acho que a passagem de sonda é... Manuseio do bebê, o toque do bebê, talvez doa menos, talvez [M 5]</i>

Punção de calcanhar
Passagem de sonda
Manuseio e toque

Olhar a temperatura não é doloroso [TE 2]

Legenda. M = médico E = enfermeiro TE = técnico de enfermagem; RNPT = recém-nascido RNPT; NEC = enterocolite necrosante; TOT = tubo orotraqueal; PICC= cateter central de inserção periférica.

3.1.3 Concepções sobre prematuridade e dor do neonato

A concepção sobre o recém-nascido RNPT (RNPT) e com baixo peso (RNBP) pelos profissionais de saúde (PS) da UTIN diferiu de acordo com a faixa de peso de nascimento (PN). Segundo a maioria das respostas dos PS ($n = 75$), o RNPT com extremo baixo peso ($PN < 1.000$ g) foi entendido como um “ser imaturo”; o RNPT com muito baixo peso (PN entre 1.000-1.499 g) e o RNPT de baixo peso (PN entre 1.500-2.499 g) como “dependente da assistência médica” ($n = 49$); o RNPT com $PN > 2.500$ g como “indefeso” ($n = 44$). Uma menor frequência de respostas dos PS ($n = 4$) indicou o RNPT com peso acima de 2.500 g como “imaturo”. Dá mesma forma, houve menor frequência de respostas ($n = 8$) relacionada ao fato do RNPT não sentir dor, independentemente da faixa de peso ao nascimento (Tabela 23).

Tabela 23. *Proporção de respostas sobre as concepções de RNPT de acordo com o peso de nascimento, segundo profissionais da UTIN (N = 84)*

Concepções sobre o RNPT	<1.000 f (%)	1.000-1.500 f (%)	1.500-2.499 f (%)	>2.500 f (%)	Total f (%)
Ser imaturo	75 (7,3)	50 (4,9)	27 (2,6)	4 (0,4)	156 (15,1)
Indefeso	67 (6,5)	49 (4,8)	48 (4,7)	44 (4,3)	208 (20,2)
Dependente da assistência médica	67 (6,5)	59 (5,7)	49 (4,8)	26 (2,5)	201 (19,5)
Criança diferente	66 (6,4)	30 (2,9)	11 (1,1)	4 (0,4)	111 (10,8)
Doença de tratamento difícil	54 (5,2)	29 (2,8)	12 (1,2)	2 (0,2)	97 (9,4)
Fruta verde	52 (5,0)	27 (2,6)	15 (1,5)	3 (0,3)	97 (9,4)
Ser incompleto	50 (4,9)	16 (1,6)	10 (1,0)	2 (0,2)	78 (7,6)
Incapaz de interagir com o ambiente	39 (3,8)	18 (1,7)	11 (1,1)	6 (0,6)	74 (7,2)
Não sente dor	3 (0,3)	1 (0,1)	1 (0,1)	3 (0,3)	8 (0,8)
Total	473 (45,9)	279 (27,1)	184 (17,9)	94 (9,1)	1.030 (100,0)

Na entrevista com os 15 PS, estes avaliaram o RNPT como um bebê pequeno, de peso baixo, frágil, sensível ao ambiente, indefeso, incompleto e que requer cuidados especiais, diferentes do recém-nascido a termo (RNAT) devido à sua condição de necessitar de muitos procedimentos para sua sobrevivência, pois não têm os órgãos totalmente formados e prontos para funcionar. Pode, assim, ter várias complicações. Por

imaturo, os PS entendem aquele que não está formado, não tem as funções fisiológicas normais, não está maduro; não está preparado para nascer, não tem estabilidade. Precisa crescer, amadurecer e se desenvolver.

O RNPT com PN > 2.500 g não é reconhecido como imaturo e nem como RNPT devido ao peso e características físicas que se assemelham ao recém-nascido a termo (RNAT), reforçando a ideia que RNPT é entendido pelo peso de nascimento ou pelo que se vê ao nascimento.

Essa categorização reforçou a ideia de que RNPT, segundo a concepção dos profissionais, está relacionada ao peso baixo. Os profissionais não relacionam prematuridade com a idade gestacional, conforme a definição da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1977). Exemplos de concepções dos PS sobre RNPT estão apresentadas nos relatos a seguir:

Prá mim, o RNPT é um bebê, como já disse, bem imaturo do ponto de vista imunológico, do ponto de vista é... Geralmente, ele tem muito baixo peso. E é um bebê indefeso. Indefeso. Porque a imunidade dele não está ainda formada devido à idade gestacional dele. É um bebê totalmente indefeso de ponto de vista. De tudo [M₃]

Pode ser um RNPT GIG ou PIG, a gente vê o tamanho, o peso ele é identificado sempre por um baixo peso, normalmente. RNPT, "pulmãozinho", normalmente. Tem que ser feito ventilação na sala de parto e tem todos os outros procedimentos que a gente usa no RNPT. Sempre deixar ele bem aquecido, porque ele perde calor muito fácil. Ele é pequeno, às vezes o pulmão ainda não está totalmente formado. Pode ter algumas outras malformações devido à prematuridade. Às vezes, pode nascer com meningomielocle. Pode nascer com uma onfalocle. Normalmente, são coisas que podem acontecer com RNPT. [E₁]

Pra mim, o bebê RNPT é um bebê que precisa extremamente de muito calor humano. Porque eu acho que ele sai prematuramente da barriga da mãe, onde ele tem todo um calor e quando ele se sente fora disso aí, desse ambiente. É muita gente diferente, muita mão, muita coisa manipulando, então, eu acho que deveria ser o mínimo possível e com amor com, muito carinho. O neném precisa muito pra ter um ambiente mais saudável

para ver se ele consegue transpassar todas essas “perrengues” que ele está suportando no meio do caminho. Com amor, ele fica seguro. O amor dá uma segurança e a segurança, a gente vence todo obstáculo. [TE₄].

A Tabela 24 resume as categorias da análise de discurso sobre concepção de RNPT para PS.

Tabela 24. *Concepções de profissionais da UTIN sobre o RNPT (n = 15)*

Categorias	Médico (n = 5)	Enfermeiro (n = 5)	Técnico (n = 5)	Exemplos de relatos verbais
Concepções de RNPT	Baixo peso Imaturo Indefeso	Baixo peso Pequeno	Precisa de calor humano	<i>Geralmente, ele tem muito baixo peso. E é um bebê indefeso. Indefeso. Porque a imunidade dele não está ainda formada devido à idade gestacional dele. É um bebê totalmente indefeso de ponto de vista, de tudo [M 3]</i> <i>Pode ser um RNPT GIG ou PIG, a gente vê o tamanho. O peso ele é identificado sempre por um baixo peso, normalmente. [E 1]</i> <i>Prá mim, o bebê RNPT é um bebê que precisa extremamente de muito calor humano. [TE 4]</i>
RNPT com peso > 2.500 gramas	Acima de 2.500 g tem características físicas, fâneros, pele de um bebê próximo do nascido a termo.	Não é reconhecido como RNPT e sim como um RN a termo	Peso alto significa melhor defesa mais preparado para nascer	<i>E aí, como ele tem características físicas, os fâneros, a pele de um bebê mais próximo de um bebê a termo, eles não consideram como imaturo [M 2]</i> <i>É eu acho que hoje um RN de dois quilos e meio, a gente acaba vendo ele até como a termo, né? [E 5]</i> <i>Eu creio que eles veem o imaturo um bebê pequeno, indefeso. E o bebê que às vezes é RNPT, mas com peso alto, GIG para a idade dele, consideram que ele já tenha as defesas [TE 5]</i>

Legenda. M: médico; E: enfermeiro; TE: técnico de enfermagem ;RNPT: recém-nascido RNPT; GIG: grande para idade gestacional; PIG: pequeno para idade gestacional

3.1.4 Resumo dos resultados sobre concepção, avaliação e manejo da dor neonatal por profissionais de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

A aplicação de questionários e entrevistas sobre concepções, avaliação e manejo de dor neonatal em uma amostra de profissionais de saúde da UTIN (N = 84) mostrou que:

- 1) A concepção de RNPT relacionou-se ao peso de nascimento, no sentido de pelo peso se define prematuridade;
- 2) A avaliação da dor era feita pelos parâmetros comportamentais, como choro e mímica facial, sem uso de escala de dor;
- 3) A maioria dos procedimentos médicos invasivos era realizada sem medidas de alívio da dor;
- 4) Os procedimentos invasivos indicados como mais dolorosos são: drenagem torácica, punção supra púbica, intubação oro traqueal, punção lombar, punção veia/artéria;
- 5) Os procedimentos invasivos considerados menos dolorosos são: sondagem orogástrica, aspiração oral /nasal;
- 6) Dos 20 procedimentos avaliados, 14 *nunca* são realizados com analgesia: sondagem vesical, cateterismo umbilical, punção de calcanhar, injeção intramuscular, aspiração da traqueostomia, aspiração traqueal, retirada de curativo, de venóclise, do PICC, do TOT e da sonda vesical, a colocação e retirada da sonda gástrica e a aspiração oral/nasal
- 7) Apenas 6 procedimentos foram avaliados como aqueles que *sempre* deveriam ser realizados com analgesia: drenagem torácica, punção supra púbica, intubação orotraqueal, punção lombar, punção veia/artéria, inserção do PICC.

Após a descrição dos resultados relacionados às variáveis pessoais dos profissionais de saúde, serão apresentados os resultados relativos às variáveis do contexto da UTIN.

3.2 Condições de trabalho que podem influenciar no manejo da dor do neonato

Procurando nas condições institucionais possíveis variáveis que explicariam o maior ou menor engajamento dos profissionais da UTIN no manejo da dor do neonato, foram coletados dados sobre a percepção geral de 25 PS, que foram sorteados da amostra inicial de 84 profissionais, sobre o ambiente de trabalho e do clima organizacional, fazendo um diagnóstico da organização. Essas condições gerais podem se somar à percepção dos estressores do próprio ambiente de trabalho na UTIN, os quais também foram analisados. A forma como esses profissionais lidam com essas variáveis foram identificadas com os dados do *coping* ocupacional. Assim, os dados serão apresentados de forma a mostrar as variáveis mais amplas até aquelas diretamente relacionadas às atividades no ambiente da UTIN, que podem ser consideradas estressantes pelos profissionais. A seguir, será apresentada a percepção dos PS sobre o funcionamento e organização do ambiente de trabalho.

3.2.1 Diagnóstico organizacional da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

O Diagnóstico Organizacional (DO) permitiu uma avaliação da UTIN por 25 PS em 12 áreas, a saber: (A) relações interpessoais; (B) padrões relacionamento; (C) relações intergrupais; (D) padrão comunicação; (E) canais comunicação; (F) estilos liderança; (G) tomada de decisão; (H) planejamento; (I) resolução de problemas; (J) trabalho em equipe; (K) clima organizacional; e (L) motivação.

O levantamento das áreas pode levar à verificação do grau de permeabilidade a intervenções com objetivo de introduzir o processo de mudança planejada necessária

para melhoria da assistência, diagnosticando entre as áreas, aquelas que apresentam maior resistência. Primeiramente, serão apresentados os resultados gerais da amostra e, posteriormente, por categoria profissional.

Na avaliação geral dos 25 PS, a maior concentração de respostas localizou-se na coluna que indica que a percepção dos PS é que a organização da UTIN necessita mudar, mas sem uma clara noção de como operacionalizar tais mudanças. As áreas mais percebidas como tendo necessidade de mudança são aquelas relativas às relações interpessoais e ao padrão de relacionamento entre os profissionais (letras A e B). Entretanto, notou-se que maior resistência a mudanças no trabalho no campo das relações intergrupais, em relação ao processo de tomada de decisão, ao planejamento, à resolução de problemas e à motivação (letras C, G, H, I e L) (Tabela 25).

Tabela 25. *Porcentagem de respostas de profissionais da UTIN nas colunas do Diagnóstico Organizacional (n = 25)*

Área	Coluna							
	1	(%)	2	(%)	3	(%)	4	(%)
A (Relações interpessoais)	0		5	(20)	20	(74)	0	
B (Padrão relacionamento)	1	(3,7)	3	(11,1)	21	(77,7)	0	
C (Relações intergrupais)	3	(11,1)	15	(55,5)	7	(25,9)	0	
D (Padrão comunicação)	15	(55,5)	7	(25,9)	2	(7,4)	1	(3,7)
E (Canais comunicação)	4	(14,8)	3	(11,1)	17	(62,9)	1	(3,7)
F (Estilos liderança)	0		11	(40,7)	12	(44,4)	2	(7,4)
G (Tomada de decisão)	12	(44,4)	9	(33,3)	3	(11,1)	1	(3,7)
H (Planejamento)	6	(22,2)	12	(44,4)	7	(25,9)	0	
I (Resolução problemas)	11	(40,7)	8	(29,6)	5	(18,5)	1	(3,7)
J (Trabalho em equipe)	1	(3,7)	9	(33,3)	14	(51,8)	1	(3,7)
K (Clima organizacional)	10	(37)	2	(7,4)	13	(48,1)	0	
L (Motivação)	3	(11,1)	16	(59,2)	6	(22,2)	0	

A seguir, serão apresentados os dados da avaliação da escala DO por categoria profissional.

3.2.1.1 Diagnóstico organizacional segundo médicos de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Os dados da Tabela 25 mostra que a equipe médica (n = 8) avaliou a organização da UTIN em termos de:

- A- *Relações interpessoais*: Apoiadoras (75%) - as pessoas aproximam-se e abre-se com aquelas que as apoiam;
- B- *Padrões relacionamento*: Confiáveis (75%) - as pessoas se relacionam com aquelas em que confiam;
- C- *Relações intergrupais*: De troca (75%) – as áreas se relacionam quando realizam trocas que atendam aos seus interesses específicos;
- D- *Padrões comunicação*: Deficientes (87,5%) – a comunicação é esporádica e incompleta, ocasionando perda de informações importantes;
- E- *Canais comunicação*: Semiabertos (100%) – nas informações rotineiras predomina a comunicação formal; há muito boatos e informações distorcidas;
- F- *Estilos liderança*: Consultivo (87,5%) – as opiniões são solicitadas, mas as decisões cabem à cúpula;
- G- *Tomada de decisão*: Desordenado (62,5%) – as decisões são tomadas ao saber dos acontecimentos, sem coerência;
- H- *Planejamento*: Por crise (62,5%) - só se planeja para enfrentar crises;
- I- *Resolução problemas*:
 - a. Ocasional (62,5%)- os problemas acumulam-se e as soluções são ocasionais;
 - b. Tecnicista (37,5%) – opta-se por soluções tradicionais ou técnicas de prestígio, mesmo que sejam inoperantes;
- J- *Trabalho em equipe*:
 - a. Limitado (62,5%) - trabalha-se em equipe, apesar da falta de integração dos membros, prejudicando a sua produtividade;

- b. Esporádico (37,5%) – trabalha-se esporadicamente em equipe, para atender a situações críticas que ameaçam a todos;

K- Clima organizacional:

- a. Caótico (50%) – as pessoas se sentem inseguras improdutivas e desconhecem o seu verdadeiro papel na organização;
- b. Instável (50%) – as pessoas nem sempre estão satisfeitas com o *status quo*, mas não sabem o que fazer para mudá-lo;

L- *Motivação*: Baixa (62,5%) – as atividades são rotineiras. Critica-se muito e as inovações são temidas;

- *Conclusão sobre o diagnóstico organizacional, segundo avaliação dos médicos da UTIN*: estes estavam conscientes da necessidade de mudar; mas, não tinham uma clara noção do como, do quê e do quando.

Tabela 26. *Porcentagem de respostas dos médicos nas colunas do Diagnóstico Organizacional (n = 8)*

Área	Coluna							
	1	(%)	2	(%)	3	(%)	4	(%)
A (Relações interpessoais)	0		2	(25)	6	(75)	0	
B (Padrões relacionamento)	0		2	(25)	6	(75)	0	
C (Relações intergrupais)	1	(12,5)	6	(75)	1	(12,5)	0	
D (Padrões comunicação)	7	(87,5)	1	(12,5)	0		0	
E (Canais comunicação)	0		0		8	(100)	0	
F (Estilos liderança)	0		1	(12,5)	7	(87,5)	0	
G (Tomada de decisão)	5	(62,5)	1	(12,5)	2	(25)	0	
H (Planejamento)	2	(25)	5	(62,5)	1	(12,5)	0	
I (Resolução problema)	5	(62,5)	3	(37,5)	0		0	
J (Trabalho em equipe)	0		3	(37,5)	5	(62,5)	0	
K (Clima organizacional)	4	(50)	0		4	(50)	0	
L (Motivação)	2	(25)	5	(62,5)	0		0	

Assim, os médicos (n = 8) tinham consciência da necessidade de mudanças na organização da UTIN, mas sem uma clara noção de *como*, *o quê* e *quando* mudar. Pode-se notar que, na percepção dos médicos, o padrão de comunicação, o processo de

tomada de decisão, as resoluções de problemas e a organização da UTIN foram avaliados como caóticos, com baixo nível de integração entre as áreas, níveis hierárquicos, funcionários e atividades.

O padrão de comunicação foi avaliado pelos médicos como “deficiente”, o processo de tomada de decisão “desordenado” e resoluções do problema como “ocasional”. Nas relações intergrupais, no planejamento do trabalho e na motivação, houve uma percepção de resistência à mudança, destacando a baixa motivação relacionada às atividades rotineira, às críticas e ao temor às inovações, como pouco envolvimento dos PS para mudanças na UTIN. Especificamente o clima organizacional foi avaliado pelos médicos como “caótico” e instável, com os médicos se sentindo inseguros, improdutivos e insatisfeitos com o *status quo*, sem saber como mudar a situação.

Os canais de comunicação foram percebidos como “semiabertos”, com predomínio da comunicação “formal”, mas com muitos boatos e informações distorcidas entre os setores. O estilo de liderança foi avaliado como “consultivo”, cabendo à decisão final a uma cúpula de profissionais. O planejamento do trabalho foi reconhecido somente no momento de crise, com a ausência de qualquer tipo de projeto e com um limitado trabalho em equipe, com ausência de diálogo entre as especialidades.

As relações interpessoais e o padrão de relacionamento foram avaliados mais positivamente pelos médicos, com a percepção de que estão próximos dos colegas, apoiam-se mutuamente e são confiáveis.

3.2.1.2. Diagnóstico organizacional segundo os enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Pelos dados da Tabela 27, vê-se que os enfermeiros (n = 9) avaliaram a UTIN em termos de:

- A. *Relações intergrupais*: 55,5% Apoiadoras (55,5) - as pessoas aproximam-se e abre-se com aquelas que as apoiam.
- B. *Padrões relacionamento*: Confiáveis (77,7%) – as pessoas relacionam-se com aquelas em que confiam;
- C. *Relações intergrupais*: De troca (55,5%) – as áreas se relacionam quando realizam trocas que atendam aos seus interesses específicos;
- D. *Padrões comunicação*: 55,5% Inadequados (55,5%) – a comunicação processa-se rigidamente, de acordo com os padrões estabelecidos;
- E. *Canais comunicação*: Semiabertos (44,4%) – nas informações rotineiras predomina a comunicação formal. Há muitos boatos e informações distorcidas;
- F. *Estilos liderança*: Autocrático (66,6%) – manda quem tem poder, obedece quem quer sobreviver;
- G. *Tomada de decisão*: Desordenado (66,6%) – as decisões são tomadas ao sabor dos acontecimentos, sem coerência;
- H. *Planejamento*: por crise (44,4%) – só se planeja para enfrentar crises;
- I. *Resoluções problemas*:
 - a. Ocasional (33,3%) – os problemas acumulam-se e as soluções são ocasionais;
 - b. Tecnicista (33,3%) – opta-se por soluções tradicionais ou técnicas de prestígio, mesmo que sejam inoperantes;
- J. *Trabalho em equipe*:
 - a. Esporádico (44,4%) – trabalha-se esporadicamente em equipe para atender a situações críticas que ameaçam a todos;
 - b. Limitado (44,4%) – trabalha-se em equipe, apesar da falta de integração dos membros, prejudicando a sua produtividade;

K. *Clima organizacional*: Caótico (55,5%) – as pessoas se sentem inseguras improdutivas e desconhecem o seu verdadeiro papel na organização.

L. *Motivação*:

- a. Baixa (66,6%) – as atividades são rotineiras. Critica-se muito e as inovações são temidas;
- b. Média (33,3%) – aceitam-se sugestões de mudança, mas boa parte das pessoas procura manter a rotina. Às vezes as pessoas são elogiadas.

- *Conclusão sobre o diagnóstico organizacional, segundo avaliação dos enfermeiros da UTIN*: estes se perceberam como resistentes à mudança, defendendo a manutenção do *status quo*.

Tabela 27. *Porcentagem de respostas dos enfermeiros nas colunas do Diagnóstico Organizacional (n = 9)*

Área	Coluna							
	1	(%)	2	(%)	3	(%)	4	(%)
A (Relações interpessoais)	0		3	(33,3)	5	(55,5)	1	(11,1)
B (Padrões relacionamento)	1	(11,1)	1	(11,1)	7	(77,7)	0	
C (Relações intergrupais)	2	(22,2)	5	(55,5)	2	(22,2)	0	
D (Padrões comunicação)	4	(44,4)	5	(55,5)	0		0	
E (Canais comunicação)	3	(33,3)	1	(11,1)	4	(44,4)	1	(11,1)
F (Estilos liderança)	0		6	(66,6)	2	(22,2)	1	(11,1)
G (Tomada de decisão)	6	(66,6)	2	(22,2)	0		1	(11,1)
H (Planejamento)	2	(22,2)	4	(44,4)	3	(33,3)	0	
I (Resolução problema)	3	(33,3)	3	(33,3)	2	(22,2)	1	(11,1)
J (Trabalho em equipe)	0		4	(44,4)	4	(44,4)	1	(11,1)
K (Clima organizacional)	5	(55,5)	1	(11,1)	3	(33,3)	0	
L (Motivação)	0		6	(66,6)	3	(33,3)	0	

Como se vê nos dados da Tabela 27, a maior concentração de resposta dos enfermeiros (n=9) se localizou na coluna 2, que significa que esses profissionais avaliaram a organização da UTIN como “resistente à mudança”. Especificamente, no processo de tomada de decisão e clima organizacional os enfermeiros avaliaram estes itens como “caóticos”, com as decisões intempestivas, sem coerência, e o grupo de

enfermeiros se sentindo inseguro, improdutivo e desconhecendo seu verdadeiro papel na organização da UTIN.

Em contrapartida, no que diz respeito às relações interpessoais, os enfermeiros perceberam a categoria como “apoiadoras” e o padrão de relacionamento como “confiável”, mas necessitando de mudanças. Na avaliação destes, a área de trabalho em equipe foi classificada como “esporádico”, quer dizer que se trabalha em equipe de forma dispersa para atender a situações críticas que ameaçam a todos, com falta de uma logística no trabalho. As relações intergrupais foram percebidas como “de troca”, nas quais os grupos se relacionam para atender seus interesses específicos, como na diferença do tipo de contrato de trabalho entre a equipe médica e de enfermagem.

Em termos de comunicação, os padrões foram avaliados como inadequados e rigidamente estabelecidos, sendo que os canais foram percebidos como “semiabertos”, com muitos boatos e informações distorcidas marcadas por uma ausência de reuniões de serviço. Para os enfermeiros, o estilo de liderança foi compreendido como “autocrático”, ou seja, “manda quem tem o poder e obedece quem tem que sobreviver”, com torça frequente da chefia.

Quanto ao planejamento, os enfermeiros percebem que este só existe em situação de crise, caracterizada por mobilização de todos na falta de equipamentos e materiais para assistência; dessa forma, ocorre um acúmulo de problemas que só são solucionados ocasionalmente.

A motivação foi percebida como “baixa”, devido à atividade rotineira, o excesso de críticas e o medo das inovações.

3.2.1.3. Diagnóstico organizacional segundo os técnicos de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Pelos dados da Tabela 28, observa-se que os técnicos de enfermagem ($n = 8$) avaliaram a organização da UTIN em termos de:

- A. *Relações interpessoais*: Apoiadoras (100%) – as pessoas aproximam-se e abrem-se com aquelas que as apoiam;
- B. *Padrões de relacionamento*: Confiáveis (100%) – as pessoas relacionam-se com aquelas em que confiam;
- C. *Relações intergrupais*:
 - a. De interesse (44,4%) – as pessoas relacionam-se apenas com aquelas que lhes interessam num certo momento;
 - b. De colaboração (44,4%) – as áreas reúnem-se para resolver problemas comuns;
- D. *Padrões comunicação*: Deficientes (44,4%) – a comunicação é esporádica e incompleta, ocasionando perda de informações importantes;
- E. *Canais comunicação*: Semiabertos (55,5%) – nas informações rotineiras predomina a comunicação formal. Há muitos boatos e informações distorcidas;
- F. *Estilos liderança*: Autocrático (44,4%) – manda quem tem poder, obedece quem quer sobreviver;
- G. *Tomada de decisão*: Inflexível (66,6%) – as decisões são formais, baseados em critérios inflexíveis e preestabelecidos;
- H. *Planejamento*:
 - a. Por crise (33,3%) – só se planeja para enfrentar crises;
 - b. Parcial (33,3%) – planeja-se apenas com base em dados já existentes e disponíveis;
- I. *Resolução problema*:

- a. Ocasional (33,3%) – os problemas acumulam-se e as soluções são ocasionais;
 - b. Oportunista (33,3%) – os problemas são solucionados sempre que surge uma oportunidade para fazê-lo;
- J. *Trabalho em equipe*: Limitado (55,5%) - trabalha-se em equipe, apesar da falta de integração dos membros, prejudicando a sua produtividade.
- K. *Clima organizacional*: Instável (66,6%) – as pessoas nem sempre estão satisfeitas com o status quo, mas não sabem o que fazer para mudá-lo;
- L. *Motivação*: Baixa (55,5%) – as atividades são rotineiras. Critica-se muito e as inovações são temidas.

Conclusão sobre o diagnóstico organizacional segundo avaliação dos técnicos de enfermagem da UTIN: Estavam conscientes da necessidade de mudar; mas não tinham uma clara noção do como, do quê e quando fazê-lo.

Tabela 28. *Porcentagem de respostas dos técnicos de enfermagem nas colunas do Diagnóstico Organizacional (n = 8)*

Área	Coluna							
	1	(%)	2	(%)	3	(%)	4	(%)
A (Relações interpessoais)					8	(100)		
B (Padrões relacionamento)					8	(100)		
C (Relações intergrupais)			4	(44,4)	4	(44,4)		
D (Padrões comunicação)	4	(44,4)	1	(11,1)	2	(22,2)	1	(11,1)
E (Canais comunicação)	1	(11,1)	2	(22,2)	5	(55,5)		
F (Estilos liderança)	1	(11,1)	4	(44,4)	3	(33,3)		
G (Tomada de decisão)	1	(11,1)	6	(66,6)	1	(11,1)		
H (Planejamento)	2	(22,2)	3	(33,3)	3	(33,3)		
I (Resolução de problemas)	3	(33,3)	2	(22,2)	3	(33,3)		
J (Trabalho em equipe)	1	(11,1)	2	(22,2)	5	(55,5)		
K (Clima organizacional)	1	(11,1)	2	(22,2)	6	(66,6)		
L (Motivação)	1	(11,1)	5	(55,5)	3	(33,3)		

A avaliação geral da organização da UTIN pelos técnicos de Enfermagem (n = 8) foi que existia a consciência que era necessária mudar, mas não tinham uma clara noção

de como, do quê e de quando mudar. Essa avaliação fica estabelecida pela concentração das respostas na coluna 3.

Na avaliação dos técnicos de Enfermagem, o padrão de comunicação foi percebido com “deficiente”, esporádico, incompleto, ocasionando perdas de informações importantes. Os canais de comunicação foram avaliados como “semiabertos”, com predomínio da transmissão de informações de maneira formal, com muitos boatos e distorções, como a dificuldade de resolução das diferenças, por exemplo.

O estilo de liderança foi considerado “autocrático”, com poder concentrado em um grupo de profissionais com submissão de outro grupo; dessa forma, o processo de tomada de decisões foi avaliado como “inflexível”, sendo que as decisões são formais baseadas em critérios rígidos e preestabelecidos.

O planejamento do trabalho existia nas crises, como a ausência de uma continuidade no trabalho, com acúmulo de problemas e soluções ocasionais. Os técnicos avaliaram o trabalho em equipe como “limitado”, pela ausência de integração entre os membros acarretando prejuízo à produtividade. O clima organizacional da UTIN foi considerado pelos técnicos de Enfermagem como “instável”, os técnicos não estavam satisfeitos com a rotina de trabalho, havendo baixa motivação.

Resumindo, a equipe médica e de enfermagem da UTIN fizeram uma avaliação da organização como necessitando de mudanças, sem uma clara noção de como realizar (Tabela 29 e Tabela 30).

Tabela 29. *Diagnóstico organizacional em profissionais da UTIN (n = 25)*

Categoria profissional	Diagnóstico Organizacional da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
Médico (n = 8)	Necessita de mudança, sem clara noção de como mudar.
Enfermeiro (n = 9)	Resistente à mudança.
Técnico (n = 8)	Necessita de mudança, sem clara noção de como mudar.
Geral	Necessita de mudanças, sem noção de como mudar.

Tabela 30. *Resumo do Diagnóstico Organizacional segundo avaliação da equipe médica e de enfermagem da UTIN (n = 25)*

Áreas	Médico (n = 8)	Enfermeiro (n = 9)	Técnico (n = 8)	Geral (n = 25)
A (Relações interpessoais)	apoiadoras	apoiadoras	apoiadoras	apoiadoras
B (Padrões relacionamento)	confiáveis	confiáveis	confiáveis	confiáveis
C (Relações intergrupais)	de troca	de troca	de interesse/de colaboração	de troca
D (Padrões comunicação)	deficiente	inadequados	deficiente	deficiente
E (Canais comunicação)	semiabertos	semiabertos	semiabertos	semiabertos
F (Estilos liderança)	consultivo	autocrático	autocrático	consultivo
G (Tomada de decisão)	desordenado	caótico	inflexível	desordenada
H (Planejamento)	por crise	por crise	por crise/parcial	por crise
I (Resolução problemas)	ocasional	ocasional/tecnicista	ocasional/oportunista	ocasional
J (Trabalho em equipe)	limitado	esporádico/limitado	limitado	limitado
K (Clima organizacional)	caótico	caótico	instável	variável
L (Motivação)	baixa	baixa	baixa	baixa
Geral	Necessidade de mudanças			

3.2.2 Clima organizacional da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

O conjunto de valores, atitudes e padrões de comportamento no ambiente da UTIN e que retrata o grau de satisfação de 25 PS no trabalho foi avaliado a partir de sete fatores avaliados pela ECOOS (vide respostas da amostra nos itens, no APÊNDICE I). As proporções das frequências de respostas foram agrupadas nas dimensões propostas no trabalho de Costacurta (2010) para caracterização qualitativa (Tabela 31).

Na *Dimensão Psicossocial* da ECOOS, os PS (n = 25) avaliaram as categorias Liderança e Relações interpessoais (APÊNDICE I – Tabela I1 e Tabela I2). Na avaliação as respostas, demonstraram que existia um bom relacionamento interpessoal, caracterizado por um sentimento de respeito como membro da equipe, tendo certo grau de liberdade para expressar suas ideias e opiniões. Eles concordavam que, no ambiente de trabalho, tinham condições de ensinar o que sabiam e de aprender com os colegas. Apesar da boa avaliação quanto ao relacionamento interpessoal, os PS se sentiam pouco acolhidos e sem um forte sentimento de trabalho em equipe para o alcance das metas.

Em relação ao *Estilo de liderança*, as respostas dos PS avaliaram a gerência como positiva nos itens aceitação de sugestões para melhoria do trabalho e conhecimento dos aspectos éticos. No entanto, em outros itens não houve boa avaliação. Os PS, por exemplo, indicaram comunicação difícil, falta de confiança, pouca participação da equipe nas tomadas de decisões quanto à rotina na UTIN, com insuficiente reconhecimento da qualidade do trabalho prestado.

Na *Dimensão Organizacional* da ECOOS, foram avaliadas as respostas aos fatores Remuneração, Segurança, Estratégias de trabalho (APÊNDICE I- Tabela I4, Tabela I5 e

Tabela I6). Em relação à *Remuneração*, 80PS não estavam satisfeitos e a mesma não era compatível com as responsabilidades da função realizada não estando de acordo com a praticada no mercado de trabalho. Os PS consideravam a política de remuneração do governo estadual como “injusta” e “desmotivadora”. Os PS consideraram haver uma falta de preocupação da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) com a segurança e o bem-estar dos servidores.

O trabalho na UTIN foi realizado sem medidas de segurança e/ou equipamentos adequados. Quanto às *Estratégias de Trabalho*, os PS desconheciam a estrutura organizacional da SESA e, por consequência, ignoravam o planejamento estratégico, os indicadores e as metas traçadas. O processo de elaboração do planejamento estratégico não incluía a participação dos profissionais, dessa forma as diretrizes do planejamento não foram aplicadas nas atividades diárias na UTIN. Para os profissionais, a SESA não realizou e não estimulou as mudanças necessárias visando o crescimento e o desenvolvimento dos servidores. Para a maioria dos PS, não existia um plano de treinamento e desenvolvimento para todos os servidores e quando se planejava algum tipo de treinamento os profissionais não participavam do levantamento das necessidades a serem corrigidas. Os últimos programas de treinamento e desenvolvimento realizados no hospital não atenderam às expectativas porque não desenvolveram o potencial humano e técnico dos servidores e não preparavam o profissional para desempenho e adaptação às atividades do cargo. Todavia, houve avaliação positiva sobre o aprendizado nos treinamentos oferecidos, melhorando a produtividade e, quando aplicados, melhoraram as condições de trabalho.

A *Dimensão Ocupacional* da ECOOS foi avaliada pela categoria *Desenvolvimento profissional* (APÊNDICE I – Tabela I3). Na avaliação dos PS, não existia um plano de treinamento e desenvolvimento para todos os servidores e quando se planejava algum tipo de treinamento não havia a participação no levantamento das necessidades a serem corrigidas. Os últimos programas de treinamento e desenvolvimento realizados no hospital não atenderam às expectativas porque não desenvolveram o potencial humano e técnico dos servidores e não preparavam o profissional para desempenho e adaptação às atividades do cargo. Todavia, houve avaliação positiva sobre o aprendizado em treinamentos, pela melhoria na produtividade e, quando aplicados, melhoraram as condições de trabalho.

A *Dimensão Extraorganizacional* da ECOOS foi avaliada pelo *Relacionamento com a Comunidade* (APÊNDICE I – Tabela I7). De acordo com as respostas dos PS que responderam a escala ECOOS, a SESA não apresentava uma boa imagem dentro da comunidade porque não existia um sistema eficaz para resolução das reclamações dos usuários. Consideraram também que não havia uma comunicação adequada quanto aos projetos, investimentos e realizações. O relacionamento entre os servidores da SESA e os usuários foi avaliado como “ruim” pela falta de atendimento adequado à comunidade. No geral, os PS estavam insatisfeitos com o clima organizacional da UTIN. O ambiente da UTIN dificulta o envolvimento e o comprometimento do profissional, diminuindo a motivação para execução eficiente e eficaz das tarefas.

Tabela 31. *Proporção de respostas dos profissionais da UTIN nas categorias e dimensões do clima organizacional (n = 25)*

Escala	Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo Razoavelmente	Concordo Bastante	Concordo Totalmente
--------	-----------------	-------------------	---------------------------	----------------------	------------------------

Dimensões Fatores	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
<i>Psicossocial</i>					
Liderança (n* =375)	147 (39,2)	124 (33,0)	74 (19,7)	28 (7,4)	2 (0,5)
Relacionamento e espírito de equipe (n* =197)	23 (11,6)	48 (24,3)	72 (36,5)	41 (20,8)	13 (6,5)
<i>Ocupacional</i>					
Desenvolvimento profissional(n* =297)	140(47,1)	64 (21,5)	45 (15,1)	42 (14,1)	6 (2,0)
<i>Organizacional</i>					
Remuneração(n* =95)	59 (62,1)	20 (21,0)	10 (10,5)	5 (5,2)	1 (1,0)
Segurança(n* = 120)	43 (35,8)	31 (25,8)	32 (26,6)	14 (11,6)	0
Estratégias de trabalho(n* = 191)	117 (61,2)	41 (21,4)	27 (14,1)	5 (2,6)	1 (0,5)
<i>Extraorganizacional</i>					
Relacionamento comunidade(n* =190)	59 (31,0)	65 (34,2)	44 (23,1)	20 (10,5)	2 (1,0)
Total= 1.479	588 (39,7)	393 (26,5)	304 (20,5)	155 (10,0)	39 (2,6)

Legenda: n*= número total de resposta sobre a dimensão.

Nas entrevistas, a organização e o funcionamento da UTIN foram avaliados por 15 PS em seis categorias principais, a saber: comunicação, infraestrutura de trabalho, rotina de trabalho, recursos humanos e comprometimento.

A *comunicação* foi avaliada como difícil entre os PS da UTIN e com outros setores do hospital, dificultando a resolução dos problemas.

A *infraestrutura do trabalho* foi caracterizada pela ausência de gerenciamento, falta de organização da estrutura do serviço e de uma padronização na assistência. O trabalho de equipe foi avaliado como inexistente, com comunicação formal, difícil e hierarquizada entre os profissionais. As condições de trabalho foram classificadas como precárias, com sobrecarga de serviço pela ausência de recursos materiais. A falta de protocolos com prontuários desorganizados marcou a *rotina de trabalho*. A alta rotatividade de profissionais, principalmente de Enfermagem, com regime diferente de

contrato de trabalho e desvio de função caracterizou os *recursos humanos*. O *comprometimento* num ambiente sem um mínimo de organização, com diminuição da motivação e do envolvimento da equipe, dificulta as mudanças, necessárias acarretando uma assistência inadequada aos pacientes e familiares.

Os PS apontaram que ausência de educação continuada, integral e padronizada como um fator importante na inadequação do cuidado de forma geral. Na Tabela 32, há um resumo da avaliação das entrevistas, com os exemplos de relatos verbais dos PS.

Tabela 32. Relatos do funcionamento e organização da UTIN, segundo entrevista com profissionais de saúde (n = 15)

Categorias	Médico (n = 5)	Enfermeiro (n = 5)	Técnico (n = 5)	Exemplos de relatos verbais
Comunicação	Comunicação difícil comunicação entre os setores; falta de conversa entre as especialidades.	---	Comunicação difícil entre os profissionais; dificuldade para resolução das diferenças.	<i>Eu acho que a organização é ruim. Poderíamos melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde [M1]</i>
Infraestrutura do trabalho	Falta de liderança e gerenciamento; falta de projetos e planejamento; qualidade de assistência ruim; condições precárias de trabalho; sobrecarga de trabalho; trabalho estressante; falta de manutenção dos equipamentos.	Troca de chefia; falta de planejamento; falta de qualidade na assistência; falta de logística do trabalho; espaço físico inadequado; falta definição de função; falta de entrosamento entre os setores do hospital.	Mudança frequente de chefia; falta de continuidade e planejamento; falta de equipamentos.	<i>As coisas, como se diz é: - “Deixa a maré levar”. Então a UTIN hoje esta nesse sentido deixa a maré levar. As pessoas hoje estão fazendo por fazer. Não existe um projeto, não existe um planejamento nada [M3]</i>

Cont.

Tabela 32. *Relatos do funcionamento e organização da UTIN, segundo entrevista com profissionais de saúde (n = 15) (cont.) -.*

Categorias	Médico (n = 5)	Enfermeiro (n =5)	Técnico (n = 5)	Exemplos de relatos verbais
Rotina de trabalho	Falta de protocolos e rotinas; desorganização dos prontuários; falta de reuniões de serviço.	Difícil implantação de rotinas/protocolos; falta de normas operacionais; faltareuniões de serviço.	Falta de protocolos e procedimento padrão.	<i>Prá mim, a UTI assim não tem organização, não tem liderança, principalmente da parte da enfermagem e parte médica também. Você não tem nem rotina de banho e nem rotina de punção venosa. Eu acho que falta gerenciamento tanto quanto da parte de enfermagem com da parte médica. Prá mim, é uma desorganização total de um serviço extremamente rico. Para mim, não tem organização em nada. [M]</i>
Recursos humanos	---	Grande rotatividade enfermagem; regime de trabalho do tipo contrato; desvio de função; dificuldade de relacionamento.	Profissionais capacitados; desvio de função; seleção criteriosa de funcionários.	<i>Nós temos um serviço público onde acontece a rotatividade muito grande de funcionários da equipe de enfermagem e não de médicos (porque os médicos são concursados). Como nós temos muitos contratos da equipe de enfermagem, então, eu acho que essa rotatividade atrapalha na implementação das rotinas e atrapalha no conhecimento das pessoas em relação ao cuidado [E1]</i>
Comprometimento	Falta de preocupação com o serviço; preocupação com o trabalho individual; “cada um faz o que quer”; falta de integração.	Pouco envolvimento com o trabalho; falta engajamento; falta humanização da assistência; falta acolhimento das famílias.	Falta de trabalho em equipe; desmotivação.	<i>Funcionários com experiência em UTIN, está misto, mas a gente vê que o tempo vai passando e as pessoas vão pegando aquelas manias que acha de que o bebê é uma máquina e está trabalhando com máquina sem sentimentos.[T2]</i>

Legenda: M= médico; E= enfermeiro; T= técnico de enfermagem.

Visando a compreender a influência do ambiente, no caso da UTIN, o clima organizacional no engajamento da prática profissional, foram organizadas tabelas relacionando os itens dos instrumentos e da categorização das entrevistas com as necessidades básicas psicológicas que fundamentam a Teoria Motivacional do *Coping* (Tabela 33 e Tabela 34).

A análise entre as áreas de avaliação do instrumento e as três necessidades básicas psicológicas mostrou relações com a Competência com as áreas de planejamento, resoluções de problemas e clima organizacional. A Vinculação estava relacionada com as áreas de relações interpessoais e intergrupais, padrão de relacionamento e de comunicação, canais de comunicação e trabalho e equipe. As áreas de tomada de decisão, motivação e estilo de liderança relacionada com a necessidade de Autonomia (Tabela 33).

Vê-se na Tabela 33, que a Competência foi avaliada pelos PS por um planejamento somente em momento de crise; com a resolução de problemas ocasional e um clima organizacional caótico.

No Relacionamento, a avaliação foi de que as relações interpessoais apoiadoras e padrões confiáveis, com relações intergrupais de troca, comunicação deficiente e canais semiabertos. O trabalho em equipe considerado limitado.

Na Autonomia, os PS a tomada de decisão foi avaliada como desordenada e centralizada com liderança do tipo autoritária e baixa motivação.

Tabela 33. *Relações entre avaliação das áreas do Diagnóstico Organizacional e as necessidades básicas psicológicas dos profissionais da UTIN (n = 25)*

Diagnóstico Organizacional/ necessidades básicas	Médico (n = 8)	Enfermeiro (n = 9)	Técnico (n = 8)
<i>Competência</i>			
Planejamento	por crise	por crise	por crise/ parcial
Resoluções de problemas	ocasional	ocasional/tradicional	ocasional/ oportunista
Clima organizacional	caótico/variável	caótico	variável
<i>Relacionamento</i>			
Relações interpessoais	apoiadoras	apoiadoras	apoiadoras
Padrões de relacionamento	confiáveis	confiáveis	confiáveis
Relações intergrupais	de troca	de troca	de troca/ colaboração
Padrão de comunicação	deficiente	limitado	deficiente
Canais de comunicação	semiaberto	semiaberto	semiaberto
Trabalho em equipe	limitado	pouco frequente/ limitado	limitado
<i>Autonomia</i>			
Tomada de decisão	desordenada	desordenada	centralizada
Motivação	baixa	baixa	baixa
Estilo de liderança	consultivo	autoritário	autoritário

Em resumo, pela DO os PS avaliaram as áreas referentes às necessidades psicológicas de competência e autonomia de forma ruim, exceto no relacionamento as áreas de relações interpessoais e os padrões de relacionamento foram mais bem avaliados, representando que entre as categorias profissionais existia certo grau de entrosamento, embora não refletia no relacionamento entre grupos e no trabalho em equipe.

Quanto à percepção do ambiente de trabalho pela avaliação do funcionamento e organização da UTIN foram identificadas cinco categorias classificadas conforme características que foram relacionadas às três necessidades psicológicas de competência, vinculação e autonomia (Tabela 34).

Tabela 34. Funcionamento e organização da UTIN relacionada às necessidades psicológicas básicas dos profissionais de saúde (n = 15)

Necessidades psicológicas básicas/entrevistas	Categorias profissionais			
	Médico (n = 5)	Enfermeiro (n = 5)	Técnico (n = 5)	Exemplos de relatos verbais
Competência				
Comunicação	Difícil comunicação entre os setores; falta de conversa entre as especialidades médicas.		Comunicação difícil entre os profissionais; dificuldade para resolução das diferenças.	<i>Eu acho que a organização é ruim. Poderíamos melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde [M1]</i>
Infraestrutura de Trabalho	Falta de liderança e gerenciamento; falta de projetos e planejamento ; qualidade de assistência ruim; condições precárias de trabalho; sobrecarga de trabalho; trabalho estressante; falta de manutenção dos equipamentos.	Troca de chefia; falta de planejamento ; falta de qualidade na assistência; falta de logística do trabalho; espaço físico inadequado; definição de função; falta de entrosamento entre os setores do hospital.	Mudança frequente de chefia; falta de continuidade e planejamento ; falta de equipamentos.	<i>As coisas, como se diz é: - 'Deixa a maré levar'. Então a UTIN hoje está, nesse sentido, deixa a maré levar. As pessoas hoje estão fazendo por fazer. Não existe um projeto, não existe um planejamento nada. [M3]</i>
Investimento capacitação	Falta de treinamento.	Falta de capacitação para melhoria do cuidado; discussão científica; Políticas de Humanização; falta de educação continuada.	Falta de educação continuada ; falta de supervisão do enfermeiro.	<i>Um estímulo, acho que treinamento, eu acho uma sobrecarga grande para todos sem condições são dadas aí. Temos potencial humano, mas as condições são precárias, as condições de trabalho, sobrecarga. Discussões, por exemplo, você precisa de reuniões durante o dia de trabalho você não consegue. [M4]</i>

Rotina de trabalho	Falta de protocolos e rotinas; desorganização dos prontuários; falta de reuniões de serviço.	Difícil implantação de rotinas/protocolos; falta de normas operacionais; reuniões de serviço.	Falta de protocolos e procedimento padrão.	<i>Prá mim, a UTI assim não tem organização, não tem liderança, principalmente da parte da enfermagem e parte médica também. Você não tem nem rotina de banho e nem rotina de punção venosa. Eu acho que falta gerenciamento tanto quanto da parte de enfermagem com da parte médica. Prá mim, é uma desorganização total de um serviço extremamente rico. Para mim, não tem organização em nada. [M2]</i>
--------------------	--	--	---	--

Legenda. M: Médico; E: Enfermeiro; TE= Técnico de Enfermagem; UTI: Unidade de Terapia Intensiva; UTIN= Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Cont.

Tabela 34. *Funcionamento e organização da UTIN relacionada às necessidades psicológicas básicas dos profissionais de saúde (n =15) (cont.)*

Necessidades psicológicas básicas/ entrevistas	Médico (n = 5)	Enfermeiro (n = 5)	Técnico (n = 5)	Exemplos de relatos verbais
Relacionamento				
Recursos humanos		Grande rotatividade enfermagem; regime de trabalho do tipo contrato; desvio de função; dificuldade de relacionamento.	Profissionais capacitados; desvio de função; seleção criteriosa de funcionários.	<i>Nós temos um serviço público onde acontece a rotatividade muito grande de funcionários da equipe de enfermagem e não de médicos (porque os médicos são concursados). Como nos temos muitos contratos da equipe de enfermagem, então, eu acho que essa rotatividade atrapalha na implementação das rotinas e atrapalha no conhecimento das pessoas em relação ao cuidado [E1]</i>
Autonomia				
Comprometimento	Falta de preocupação com o serviço; preocupação com o trabalho individual; “cada um faz o que quer”; falta de integração.	Pouco envolvimento com o trabalho; falta engajamento; sem humanização da assistência; ausência acolhimento das famílias.	Falta de trabalho em equipe; desmotivação	<i>Funcionários com experiência em UTIN está misto, mas a gente vê que o tempo vai passando e as pessoas vão pegando aquelas manias que acha de que o bebe é uma máquina e está trabalhando com máquina sem sentimentos.[TE2]</i>

Legenda. M: Médico; E: Enfermeiro; TE= Técnico de Enfermagem; UTI: Unidade de Terapia Intensiva; UTIN= Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

A necessidade de Competência foi relacionada às categorias de comunicação, infraestrutura, investimento e capacitação, além de rotina de trabalho. A comunicação foi avaliada como difícil e ruim entre os profissionais, infraestrutura de trabalho caracterizada por falta de liderança e de planejamento, sobrecarga de trabalho sem condições adequadas de assistência, ausência de investimento em treinamentos e capacitação e difícil implantação de protocolo e rotinas de serviço.

A necessidade de Relacionamento foi verificada a partir dos dados sobre os recursos humanos, sendo caracterizados pela grande rotatividade dos profissionais, diferentes vínculos trabalhistas, desvio de função e dificuldade de relacionamento.

A necessidade de Autonomia foi vinculada à categoria Comprometimento, descrito como falta de motivação e engajamento com o trabalho.

3.2.3 Resumo dos resultados sobre o diagnóstico e clima organizacional da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Os dados obtidos com 25 profissionais da UTIN, que responderam as escalas de diagnóstico organizacional (DO) e de clima organizacional (ECOOS), mostram que:

- 1) O funcionamento e organização da UTIN necessitam de mudanças;
- 2) Clima organizacional era “caótico”.

3.4 Estresse no trabalho da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

O estresse ocupacional dos profissionais pode ser avaliado pela falta de reciprocidade entre esforço no trabalho, entendido como as demandas e obrigações percebidas, e pouca recompensa composta por ganho financeiro (salário adequado), autoestima (respeito e apoio dos colegas e superiores) e *status* ocupacional (perspectivas de promoção, estabilidade no emprego, e *status* social além do excesso de comprometimento). Essa situação de desequilíbrio entre esforço e recompensa pode potencializar os efeitos do estresse na saúde e bem-estar dos profissionais conforme os autores da ERI (Siegrist, 1996).

No geral, os PS da UTIN ($n = 80$) não se encontravam em estado de desequilíbrio, pois a média geral foi de 0,89 (somente acima de 1 caracteriza-se como desequilíbrio negativo entre esforço e recompensa). Os médicos ($n = 21$) apresentaram uma média maior ($M = 0,93$), indicando que eles estavam mais próximos do desequilíbrio entre o esforço e recompensa no trabalho na UTIN (Tabela 35).

Com relação ao *comprometimento organizacional*, a média dos profissionais foi de 12, sendo que valores acima de 18 configuram como maior risco de desenvolvimento de estresse ocupacional. Nesse sentido, esse resultado está abaixo do limite.

Tabela 35. Média de estresse ocupacional de profissionais da UTIN (n = 80)

Categorias da ERI	Profissionais	n	Média (±DP)	p-valor
Esforço	Médico	21	21 ^{ns} (±9,2)	0,09
	Enfermeiro	14	16 ^{ns} (±8,3)	
	Técnico	45	15 ^{ns} (±8,8)	
	Total	80	17 (±9,0)	
Recompensa	Médico	21	10 ^{ns} (±4,7)	0,28
	Enfermeiro	14	9 ^{ns} (±4,9)	
	Técnico	45	8 ^{ns} (±5,1)	
	Total	80	9 (±5,0)	
Balanço entre Esforço e Recompensa	Médico	21	0,93 ^{ns} (±0,45)	0,86
	Enfermeiro	14	0,89 ^{ns} (±0,41)	
	Técnico	45	0,87 ^{ns} (±0,52)	
	Total	80	0,89 (±0,48)	
Comprometimento	Médico	21	15 ^a (±4,6)	0,00
	Enfermeiro	14	14 ^{a,c} (±3,8)	
	Técnico	45	10 ^{b,c} (±6,2)	
	Total	80	12,0 (±5,9)	

Nota. Total: média > 1 = desequilíbrio entre esforço e recompensa; Comprometimento: > 18 = risco de estresse. O p-valor refere os resultados obtidos por Análise de Variância (ANOVA). Letras distintas na mesma linha representam diferença significativa pelo teste de Tukey, no nível 5% significância.

Houve diferença entre os profissionais apenas no *comprometimento organizacional*: com a tendência de médicos e enfermeiros mais próximos ao risco de estresse ocupacional.

Na análise de relatos dos PS(n = 15), as categorias citadas como fonte de estresse foram: as *condições de trabalho e de assistência*, os *recursos humanos* e o *comprometimento dos profissionais*.

A prestação de cuidados ao RNPT não foi avaliada com uma atividade em si estressante. Os PS relataram nas entrevistas, que fatores estressantes aqueles relacionados ao funcionamento e organização da UTIN, como: a falta de tempo para realização das atividades, a falta de vaga, de material, de medicação, de rotina de serviço definidas, de equipamentos e de pessoal, o tipo de vínculo de trabalho (celetista *versus* contratados), a desmotivação com o trabalho, a alta rotatividade de funcionários, a carga horária de trabalho excessiva, o baixo salário, dificuldade de relacionamento

entre os profissionais, eram o que mais gerava estresse no trabalho. Além desses, outras fontes de estresse referidas foram as intercorrências clínicas do RNPT, aumento do número de RN de alto risco, alta taxa de mortalidade de pacientes internados e a logística do serviço (Tabela 36).

Tabela 36. Estressores do trabalho, segundo entrevista dos profissionais de UTIN (n = 15)

Categorias		Médico (n = 5)	Enfermeiro (n = 5)	Técnico (n = 5)	Exemplos de relatos verbais
Infraestrutura de trabalho		Condições ruins de assistência; falta de vaga, de equipamentos.	Condições de trabalho; Pressa no trabalho; falta de vaga, de material e de equipamento; tipo de vínculo trabalhista; carga horária excessiva, salário defasado	Condições de trabalho; falta de vaga, de material e equipamento.	<i>O estressante mesmo é só a falta de vaga. Se profissional também se tem muito paciente e pouco profissional. A logística do serviço gera stress. O paciente, não.</i> [E2]
Rotina de trabalho e assistência		Intercorrências com o bebê; rotina indefinida; alta taxa de mortalidade infantil.	Intercorrências com o bebê; falta de tempo para desenvolver o trabalho; cuidar de adulto em outros locais de trabalho; falta de rotina e protocolo	Falta de auxílio da família.	<i>O que mais me estressa às vezes é a dificuldade do material que falta, é? O suporte físico, o suporte de material, a qualificação de cada um, também. O serviço que não está bem colocado, as rotinas que faltam. Não temos rotinas sequenciais, isso me estressa bastante</i> [TE5]
Recursos humanos		Convívio; profissionais despreparados; difícil contratação de pessoal.	Falta de funcionário; alta rotatividade; relacionamento difícil entre profissionais.	---	<i>Oh! O que me estressa é falta de conhecimento das pessoas, dos profissionais multiprofissionais não importa qual o profissional qual a profissão dele. Falta de conhecimento, falta de busca desse conhecimento. Então essa inabilidade às vezes me estressa. A inabilidade dos profissionais</i> [E3]
Comprometimento		---	Falta de motivação	Falta de cuidado com o doente; falta de responsabilidade por parte do profissional	<i>As condições do próprio serviço, rotinas indefinidas, profissionais paramédicos que não tem mais o mesmo compromisso, comprometimento com o serviço, com o paciente. Então, você começa a não dar a assistência que seria adequada ao bebe. Isso é estressante</i> [M2]

Nota. M= médico; E = enfermeiro; TE = técnico de enfermagem.

3.5 *Coping* ocupacional dos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

O enfrentamento dos estressores no trabalho (*coping* ocupacional) pode ser compreendido como formas de reação ao estresse dos profissionais no ambiente da UTIN (Pinheiro et al., 2003). Neste caso, foram identificadas três estratégias de enfrentamento – *controle*, *esquiva* e *manejo*.

Na aplicação da ECO, os PS (n = 80) apresentaram como EE mais frequente o “controle” ($M = 3,4$), indicando que esses profissionais tinham uma atitude positiva frente ao estressor, ou seja, uma tentativa de resolução ativa dos problemas referentes ao trabalho na UTIN (Tabela 37).

Tabela 37. Média das estratégias de enfrentamento do estresse ocupacional de profissionais da UTIN pela Escala de Coping Ocupacional (ECO)(n = 80)

EE		n	Média	SD	Mín	Máx
Controle	Médico	21	3,6	0,9	0,0	4,5
	Enfermeiro	14	3,7	1,2	0,0	4,8
	Técnico	45	3,2	1,3	0,0	4,8
	Total	80	3,4	1,2	0,0	4,8
Esquiva	Médico	21	2,6	0,7	0,0	3,2
	Enfermeiro	14	2,6	0,9	0,0	3,7
	Técnico	45	2,7	1,2	0,0	4,9
	Total	80	2,7	1,0	0,0	4,9
Manejo	Médico	21	2,4	0,8	0,0	3,4
	Enfermeiro	14	2,5	1,0	0,0	3,9
	Técnico	45	2,1	1,1	0,0	5,0
	Total	80	2,3	1,0	0,0	5,0

Legenda: EE= estratégias de enfrentamento; SD= desvio padrão; Min= mínimo; Máx= máximo

Na análise dos relatos, as EE foram categorizadas em: *Autoconfiança*, *Busca de suporte social*, *Busca de informações* e *Resolução de problemas*, com base nos dados das entrevistas com 15 PS.

Considerou-se que os PS utilizavam a EE de *Autoconfiança* ao relatarem sua capacidade de exercer controle sobre a assistência ao RNPT, tornando essa atividade menos estressante.

A *Busca de suporte social* foi identificada quando os OS relataram realizar atividades físicas, recreativas com os familiares e religiosas.

A leitura, o estudo, a realização de cursos de especialização foram classificadas como EE de *Busca de informações*. A EE *Resolução de problemas* foi identificada na fala de deixar no ambiente de trabalho os transtornos que levam ao estresse. A Tabela 38 detalha cada EE, com exemplos de relatos verbais desses profissionais.

Tabela 38. As estratégias de enfrentamento do estresse ocupacional, segundo os profissionais da UTIN (n = 15)

EE (entrevistas) (n = 15)	Médico (n = 5)	Enfermeiro (n = 5)	Técnico (n = 5)	Exemplos de relatos verbais
<i>Autoconfiança</i>	Enfrentar o problema com a experiência; confiança na experiência em lidar com o trabalho.	Percepção de controle sobre a assistência; fazer o que dá para ser feito;	Fazer o que dá para ser feito.	<i>Você passou ali passou. Não levo para casa e nem venho com ele outro dia. Tento resolver, amenizando, entendeu? Fazendo o que é... O que dá para ser feito [TE 2]</i>
<i>Busca de suporte</i>	Ver outras coisas; ler, assistir filmes; conversar e aproveitar o dia com a família	Ir à praia, cinema, passear, divertir, dormir, ler, atividade física; conversar com a família;		<i>Eu saio daqui sou uma pessoa comum, eu vou à praia, vou ao cinema, vou passear, vou me divertir, vou dormir e vou voltar vou trabalhar. É a escolha de vida que eu fiz [E 2]</i>
<i>Busca de informação</i>	Por meio do estudo, reunião de serviço; revisão de prontuários.	Treinamento; curso de especialização.		<i>Bem, eu lido com o estresse... Eu lido estudando. Então, no momento que me gera dúvida, quando você não tem uma avaliação, eu digo um resultado de êxito em determinado caso... [M 2]</i>
<i>Resolução de problemas</i>	Procurar pontos; enfrentar o problema; experiência; deixar de pensar; deixar os problemas na UTIN; não acumular problemas.	Corrigir o errado e melhorar; improvisar; deixar os problemas na UTIN.	Resolver os problemas; não levar problemas para casa.	<i>Comigo, Ah! Eu tento. Quando eu saio daqui, eu não levo nenhum problema para casa [E 1]</i>

Legenda: EE = estratégias de enfrentamento; ECO= Escala *Coping* Ocupacional; UTIN= Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; M= Médico; E= Enfermeiro; TE = Técnico de enfermagem.

3.6. Resumo dos resultados da avaliação de estresse e *coping* ocupacional dos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

A aplicação das escalas de estresse ocupacional (ERI) e de *coping* ocupacional (ECO) e a realização de entrevistas com 80 profissionais da UTIN indicaram:

- 1) Os estressores mais comuns na UTIN foram: infraestrutura e rotina de trabalho, comprometimento com a assistência;
- 2) Em termos de estresse no trabalho, houve equilíbrio entre esforço e recompensa;
- 3) Houve diferença significativa entre os profissionais apenas no *comprometimento organizacional*: médicos e enfermeiros estavam mais em risco de estresse ocupacional;
- 4) A estratégia de enfrentamento mais frequente no ambiente da UTIN foi de “controle”, ou seja, os PS usavam EE como busca de informações e suporte, resolução de problema e autoconfiança.

3.7 Fatores que facilitam e dificultam o manejo da dor neonatal

Com base nos resultados a aplicação de questionários, escalas e entrevistas com esta amostra de 84 profissionais de saúde atuando em uma UTIN de um hospital público, foram identificados alguns fatores que dificultam a realização do trabalho, em geral, podendo influenciar o engajamento dos PS no manejo de dor neonatal (Tabela 39).

Foram identificados fatores facilitadores relacionados às *crenças* dos PS, como RNPT necessita de cuidados especiais e sente dor; com destaque para a *percepção de controle* no ambiente de trabalho e avaliação positiva dos potenciais estressores do trabalho na UTIN; à *organização do trabalho*, como equipe de profissionais com experiência, e na *capacitação profissional*, como indicadores comportamentais da dor (Tabela 39).

Também foram identificados fatores que dificultam o manejo da dor neonatal relacionados às *crenças*, como dor inerente ao tratamento, à *organização do trabalho*, como desvio de função, e à *capacitação profissional*, como falta de protocolos e rotinas para o manejo da dor (Tabela 39).

Tabela 39 *Fatores que facilitam e dificultam o manejo da dor neonatal segundo profissionais da UTIN (N = 84)*

Fatores	Facilitam o manejo da dor	Dificultam o manejo da dor
RNPT	<i>Valores:</i> RNPT necessita de cuidados especiais para sua sobrevivência; <i>Capacitação/ Informação:</i> RNPT tem uma memória da dor; Consequências da dor no desenvolvimento futuro.	<i>Crenças:</i> Procedimentos invasivos dolorosos são inerentes ao tratamento; RNPT não sente dor; <i>Capacitação:</i> Difícil avaliação quando bebê não chora.
Dor	<i>Crenças:</i> A maioria dos procedimentos é dolorosa. <i>Capacitação/ Informação:</i> avaliação da dor feita, na maior parte das vezes, pelos indicadores comportamentais.	<i>Crenças:</i> RNPT não sente dor <i>Capacitação:</i> Avaliação difícil da dor neonatal pelos indicadores comportamentais; Difícil avaliação quando bebê está quieto. Falta de pessoal qualificado; Desconhecimento dos profissionais <i>Organização do trabalho:</i> Falta de rotina de manejo de dor nos procedimentos; Ausência de protocolos e escalas de avaliação da dor. <i>Motivação:</i> Falta de comprometimento dos profissionais.
Profissional	<i>Avaliação positiva do potencial estressor:</i> Assistência prestada ao RNPT não é uma atividade estressante; Gostar de cuidar RNPT. <i>Percepção de controle</i> sobre as atividades do estresse no trabalho.	<i>Organização do trabalho:</i> Atividade relacionada ao funcionamento adequado da UTIN; Desvio de função; Contrato de trabalho. <i>Capacitação:</i> Profissional sem qualificação.
UTIN	<i>Capacitação:</i> Equipe médica e de enfermagem com experiência.	<i>Organização do trabalho:</i> Falta de protocolos de avaliação e manejo da dor no RNPT; Desorganização no ambiente da UTIN; Falta de cobrança da gerência. <i>Capacitação:</i> Falta de treinamento.

Procurando entender agora esse quadro em uma perspectiva motivacional, considerando os aspectos do contexto da UTIN, a Figura 5 resume as relações que podem atuar como fontes de estresse para esses profissionais, por ameaçarem suas necessidades de relacionamento, de competência e de autonomia. Foram identificadas algumas condições que podem ser caracterizadas como típicas de um contexto de “negligência”, como a falta de preocupação com a segurança, a baixa remuneração e condições de trabalho dos PS. Esses fatores ameaçam o senso de pertencimento, de vinculação ou de relacionamento no contexto do trabalho, como mostram os dados da dimensão organizacional.

Outros estressores do contexto estão relacionados às condições de “caos” no ambiente da UTIN, caracterizado como “desorganizado”, sem rotina e protocolos. Esta situação de caos pode ameaçar o senso de competência profissional, tanto que foi identificada ausência de condições adequadas para prestação da assistência ao RNPT doente devido à superlotação, falta de materiais e equipamentos.

O estilo de liderança avaliado como autoritário, com tomada de decisão centralizada, pode se caracterizar como um contexto de “coerção”. Esses estressores ameaçam a necessidade de autonomia pessoal e no trabalho, como mostram os dados da avaliação da dimensão psicossocial.

Esses potenciais estressores, contudo, tenderam a ser avaliados pela maioria dos PS como um “desafio” à sua necessidade de vinculação, de competência e de autonomia, levando-os a lidar de forma adaptativa, com estratégias de enfrentamento do tipo “controle”.

No geral, o contexto social da UTIN foi percebido pelos PS como favorável em termos de “envolvimento”; com um bom padrão de relacionamento. Dessa forma, não havia uma ameaça à sua vinculação com o trabalho e colegas, tanto que a relação

interpessoal foi avaliada como “apoiadora” e os padrões de relacionamento como “confiáveis”.

Algumas características do ambiente de trabalho foram percebidas como “estruturadas”, como adequada assistência aos pacientes, em boas condições de trabalho. Estas favorecem a percepção de competência dos profissionais, como mostram os dados na ausência de estresse no cuidado com o RNPT doente.

Por fim, o contexto social foi percebido como não fornecedor de “apoio à autonomia”, sendo caracterizado como tomada de decisão centralizada e liderança autoritária. Este não favorece a percepção de controle e autonomia, como mostram os dados da dimensão psicossocial.

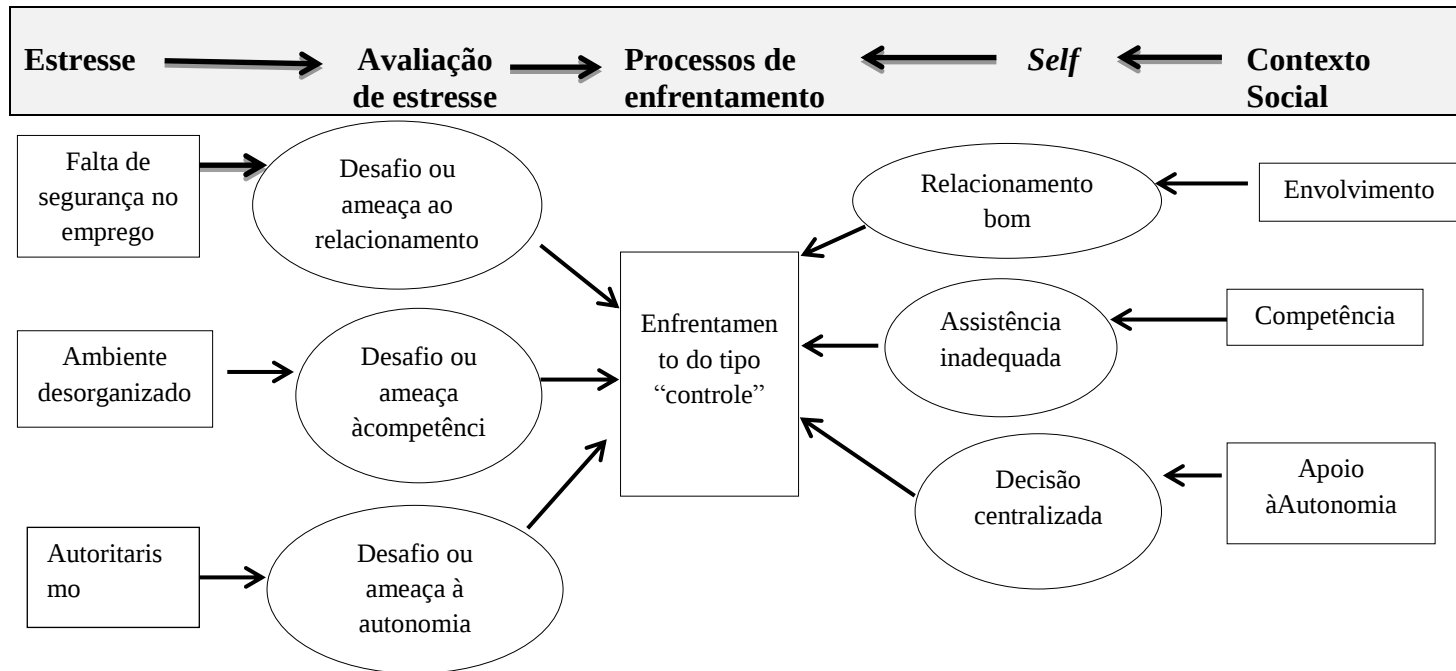


Figura 5 Variáveis do contexto e do self relacionadas ao manejo da dor neonatal por profissionais de saúde.

Colocando esses dados em um esquema mais amplo de variáveis socioculturais, que podem favorecer ou não o manejo da dor neonatal, tem-se o quadro representado na Figura 6.

A compreensão coletiva de que a dor é inevitável durante a internação na UTIN tem relação direta com a crença individual de que o RNPT sente dor e depende da assistência prestada. Essas crenças são apoiadas pela política de atenção à saúde do RNPT, representada pelos manuais do manejo da dor AAP (2002; 2006), o Método Canguru, os programas de *follow-up*.

Contudo, as demandas situacionais representadas pela provável transferência da maternidade e possibilidade de fechamento da UTIN, durante a coleta de dados, afetou diretamente a avaliação do estresse ocupacional. Neste caso em particular, contribuiu para uma avaliação dos PS como um mau funcionamento e organização da UTIN, somadas à percepção de falta de rotina e de protocolos de avaliação e manejo da dor, e à ausência de treinamento e/ou uso de escala de dor.

Diante desse quadro, as estratégias de enfrentamento do estresse no trabalho se caracterizaram por tentativa de controle na situação. Os PS apresentaram, em geral, um *coping ocupacional* que resulta em efeitos mais adaptativos, mantendo sua percepção de controle da situação e evitando o desamparo. Uma postura mais proativa foi identificada na manutenção da crença da capacidade do RNPT de sentir dor, no reconhecimento das consequências para o desenvolvimento infantil, na cobrança de treinamento para o manejo da dor adequado. São estes comportamentos mais adaptativos para lidar com o estresse. Como consequência, constatou-se uma ausência de mal-estar físico e estresse psicológico, poucos e/ou nenhum afastamento do trabalho devido a problemas na saúde.

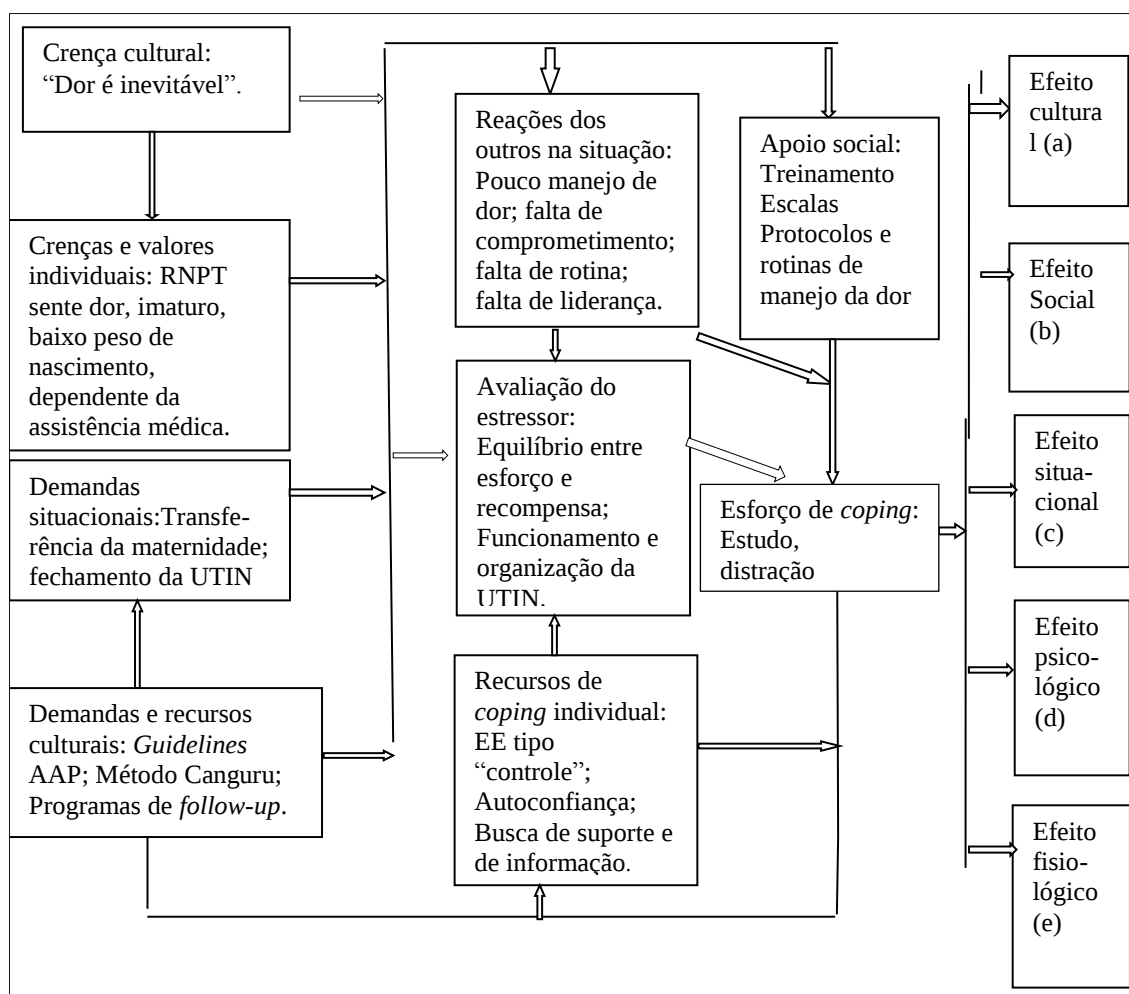


Figura 6. Modelo de relações de variáveis socioculturais de estresse e coping e adaptação dos profissionais de saúde da UTIN.

Legenda:

- (a) reafirmação de valores e crenças culturais sobre a capacidade do neonatal RNPT sentir dor e as consequências da dor sobre o desenvolvimento infantil;
- (b) confirmação e manutenção de valores e crenças individuais sobre a capacidade do RNPT sentir dor e a certeza das consequências no desenvolvimento quando o manejo não é adequado;
- (c) treinamento e capacitação para manejo de dor, adoção de protocolo e rotina de manejo da dor aguda e crônica;
- (d) maior engajamento nas atividades profissionais;
- (e) ausência mal-estar físico, estresse fisiológico, pouca falta e/ou afastamento no trabalho devido a problemas na saúde.

4. DISCUSSÃO

“Um ambiente barulhento, muito iluminado, choro e gritos por toda parte: assim, era o início de plantão na UTIN. E ainda tinha a possibilidade de ter que, de repente, tentar arrumar lugar para mais um onde não cabia nem quem já estava internado. Assim também era o fim do plantão”. (M1)

A literatura especializada da área da Neonatologia e da Psicopatologia do Desenvolvimento tem demonstrado que a criança internada ainda sente muita dor, apesar do seu reconhecimento, de suas consequências ao desenvolvimento futuro e dos progressos nas áreas de avaliação e manejo (Simons et al., 2003). A análise das dificuldades na adesão às medidas de alívio de dor exige uma abordagem mais abrangente, com avaliação dos fatores relacionados ao profissional, ao ambiente, ao paciente e aos familiares, principalmente no que diz respeito à dor neonatal (Stevens et al., 2011; Twycross et al., 2014). Com esta perspectiva, o presente estudo visou a identificar, analisar e avaliar como variáveis contextuais, como o clima organizacional, e variáveis pessoais dos profissionais, como crenças sobre o RNPT, e sobre a dor e as respostas de estresse e *coping*, podem influenciar o engajamento em boas práticas de assistência, como, por exemplo, na avaliação e tratamento da dor na UTIN. Foram, então, analisadas essas variáveis em uma amostra de 84 profissionais de saúde – 21 médicos, 14 enfermeiros e 49 técnicos de Enfermagem - de uma UTIN de um hospital público da Serra, ES, na Região Metropolitana de Vitória, em várias etapas, aplicando-se questionários e escalas de estresse e *coping* ocupacional, e realizando-se entrevistas com diversas subamostras. Pretendeu-se compreender o processo de engajamento ou não desses profissionais no manejo da dor neonatal, a partir de uma perspectiva motivacional e sociocultural do *coping* (Aldwin, 2009; Skinner & Wellborn, 1994).

A literatura aponta que uma das variáveis associadas ao manejo de dor pode ser a própria concepção de prematuridade e suas relações com a sensação de dor por parte do RNPT (Twycross et al., 2014). No presente estudo, identificou-se que a prematuridade é caracterizada com base no peso do neonato e não em sua idade gestacional, diferentemente da definição padrão da OMS (1977) que considera o nascimento antes de 37 semanas de gestação. Conforme a faixa de peso ao nascimento, o RNPT é entendido pelos profissionais de saúde como um “ser imaturo e dependente da assistência médica”, especialmente entre os que nascem com peso abaixo de 2.500 gramas, percebendo-o como um “ser indefeso” quando o peso de nascimento fica acima de 2.500 g. A principal característica, citada pelos PS nas entrevistas, para a prematuridade foi o peso baixo, sendo que o neonato com peso acima de 2500 g não foi considerado RNPT, independentemente da idade gestacional, pois sua aparência lembra o RN a termo. Esses resultados indicam que a concepção de RNPT deve ser considerada na lista dos fatores relacionados ao profissional que podem afetar a prática de manejo da dor infantil, como citado por Twycross et al. (2014).

A concepção de um ser imaturo e dependente da assistência médica foi semelhante à encontrada no trabalho anterior (Martins, 2002), exceto no que se refere ao peso, que não foi relacionado ao conceito de prematuridade. Nesse estudo, foram entrevistados cinco neonatologistas de diferentes hospitais. Para esses profissionais, a prematuridade estava mais relacionada à assistência prestada devido à imaturidade, não sendo o peso uma característica marcante e, sim, a idade gestacional.

A noção de que o RNPT não está pronto para nascer e, por este motivo, necessita do cuidado prestado na UTIN, e de que ele é capaz de sentir dor durante a assistência médica e de enfermagem, apresentam-se como variáveis facilitadoras na implantação de boas práticas de cuidados, como a da avaliação e tratamento da dor, já que a

sobrevivência do RNPT está vinculada à responsabilidade da equipe da unidade neonatal e requer uma quantidade variável de procedimentos dolorosos necessários. O presente estudo chama a atenção para a percepção dos PS sobre o RNPT com peso acima de 2.500 g - que ainda requer um especial cuidado para que a assistência não seja negligenciada -, pois, para esses profissionais, ele tem aparência de um bebê nascido a termo.

Contudo, independentemente da faixa de peso de nascimento, houve a concordância entre a maioria dos PS desta amostra de que o RNPT é capaz de sentir dor. Este resultado corrobora a mudança de paradigma no que diz respeito à percepção da dor pediátrica, principalmente da dor do RNPT (AAP, 2000, 2006; McGrath & Finley, 2003; Potter et al., 1997).

No presente estudo, assim como no trabalho de Porter et al. (1997), os profissionais reconheceram a existência da dor neonatal, principalmente pelos parâmetros comportamentais, como a mímica facial e o choro. Interessante foi o fato de que uma minoria apontou a “quietude” do RN como um sinal de dor. Os PS referiam que a quietude do neonato dificulta o uso de medidas de alívio, apesar de terem reconhecido nas entrevistas que esse comportamento pode significar uma forma de proteção ao ambiente hostil da UTIN, concordando com Linhares et al. (2004) e Melnyk et al. (2006). Na implantação de medidas de alívio de dor, perceber que o neonato está quieto significa estar com dor pode ser uma medida protetora do ambiente, mas, requer do profissional uma observação mais rigorosa da reação do bebê, deixando de lado a ideia de que a dor está apenas relacionada com agitação e/ou choro.

Os PS deste estudo tinham conhecimento sobre as consequências da dor repetida e prolongada no período neonatal, referindo à importância do manejo da dor devido à interferência no desenvolvimento infantil posterior. Os profissionais entendem que há

uma memória da dor, e que esta situação pode acarretar transtornos mentais, cognitivos e emocionais, distúrbios neurológicos, especialmente na atenção e na concentração. Reconhecer que a dor traz consequências para o futuro do neonato pode ser um fator facilitador para o engajamento dos profissionais na implantação da analgesia durante a internação na UTIN.

Todavia, apesar do reconhecimento dos efeitos deletérios, os PS afirmaram que as medidas de alívio da dor não eram realizadas com a frequência desejada, especialmente durante a realização de 20 procedimentos invasivos de rotina avaliados neste estudo. Todos esses procedimentos foram considerados pelos PS, em certo grau, como dolorosos, especialmente a drenagem torácica, a punção suprapúbica, a intubação orotraqueal, a punção lombar e a punção da veia/artéria, que foram avaliados como sendo de *dor extrema*.

Estatisticamente houve diferença na avaliação do grau de dor em sete procedimentos entre os profissionais, sendo que os enfermeiros consideravam a aspiração traqueal, a inserção do PICC e a punção de calcanhar como sendo de *dor extrema*, diferente da categoria médica e dos técnicos de enfermagem. Os procedimentos citados eram realizados pelos enfermeiros e, dessa forma, eles consideram sempre mais dolorosos que os médicos e os técnicos. Essa avaliação pode ser entendida também pela maior proximidade e responsabilidade do enfermeiro com a assistência do neonato durante o período de internação (Crêscencio et al, 2011; Diniz, 2008; Lamiter et al., 2008; Neves & Corrêa, 2008; Presbytero et al., 2010; Silva et al., 2011; Twycross et al., 2014). Os médicos consideraram que o RN sente *pouca dor* durante a colocação de sonda gástrica, enquanto a enfermagem a considerou que este procedimento gera de *muita a moderada dor*; mas, novamente, este era um procedimento realizado somente pela equipe de Enfermagem.

Outra variável potencialmente relacionada ao manejo da dor pode estar na percepção dos PS de que a realização dos procedimentos médicos invasivos é estressante em algum grau, pois faz parte da assistência diária ao neonato internado e a maioria deles é realizada mais de uma vez pelo profissional durante o plantão (AAP, 2006; Andersen et al., 2007; Carbajal et al., 2008; Souza et al., 2006). No presente estudo, dos 20 procedimentos médicos avaliados, mais da metade foi considerada como “muito estressante” para o profissional realizar. Essa situação de estresse na sua execução do trabalho na prática diária do profissional de UTIN pode ser avaliada como uma ameaça à sua competência profissional, obrigando-o a lidar ou ter que enfrentar o estresse ocupacional, já que numa jornada de trabalho ele tem que realizar muitas vezes procedimentos que lhe causam certo grau de estresse (Anjos et al., 2008; Batista & Bianchi, 2006; Beal, 2005; Braithwaite, 2008).

Ao lidar com esse estresse no trabalho, e mesmo reconhecendo que os procedimentos invasivos são dolorosos, não faz parte da solução do problema o uso de medidas de alívio de dor, pois a execução dos procedimentos médicos, na maioria das vezes, é feita sem qualquer medida de alívio da dor, com exceção da drenagem torácica. Esses resultados corroboram com o estudo de Porter et al. (1997) realizado com médicos e enfermeiros de 15 Unidades de Terapia Intensiva Neonatal americanas, e com o trabalho de Martins et al.(2013), com enfermeiras de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal brasileira. Dos 20 procedimentos avaliados, 15 *nunca* são realizados com analgesia. Dessa forma, a assistência ao neonato foi caracterizada como aquela que não prioriza o alívio da dor na realização de procedimentos invasivos, dolorosos e repetitivos.

O principal motivo alegado pelos profissionais pela baixa frequência do uso de analgesia nos procedimentos invasivos de rotina é relacionado às condições de trabalho

na UTIN, que não favoreceram um cuidado adequado baseado em evidências científicas quanto ao manejo da dor. Os profissionais estavam preocupados com a execução das tarefas e relataram uma ausência de cobrança da chefia quanto ao manejo, além da falta de educação continuada no sentido de atualização das condutas relacionadas à avaliação e tratamento da dor neonatal, assim como a falta de protocolos e de rotinas. Esses resultados são semelhantes aos encontrados no trabalho de Linhares et al. (2014), com 92 profissionais de saúde, na avaliação e manejo da dor pediátrica de um hospital universitário.

Apesar de reconhecerem que os 20 procedimentos são dolorosos, a prática profissional de não utilização de analgesia foi semelhante à ideia de analgesia esperada, pois apenas seis procedimentos foram avaliados como aqueles que *sempre* deveriam ser realizados com analgesia. Esse resultado evidenciou que os PS não entendem que todos os 20 procedimentos necessitam de algum tipo de medida de alívio de dor durante a realização. Das patologias do período neonatal, a NEC foi avaliada, principalmente pelos médicos, como a que sempre requer alguma medida de analgesia. Por ser uma patologia que se apresenta de forma súbita e grave e tem desfecho cirúrgico, na maioria das vezes, a adoção de analgesia pode estar relacionada, como na drenagem torácica, à lesão tecidual evidente, o que ocasiona uma atenção maior do profissional para a questão da dor.

Desse modo, a constatação de que a analgesia efetiva e adequada não faz parte da prática diária dos profissionais de UTIN reafirma o fato de que somente o reconhecimento da dor e de suas consequências futuras não é suficientemente capaz de proporcionar uma mudança de atitude diante da dor do neonato (Anand, 2001; Guinsburg, 1999, 2010; Kaneyasu, 2012).

Parte-se da compreensão de que variáveis relacionadas à adesão ao manejo da dor neonatal estão relacionada às concepções do profissional de saúde sobre se e como o RNPT sente dor e a necessidade de usar medidas de alívio de dor, como visto, outra parte da explicação pode estar no contexto de trabalho, como analisado a seguir.

Este estudo mostrou que a variável organizacional tem uma influência marcante na atuação profissional da UTIN, dificultando a execução das medidas de alívio da dor nos procedimentos invasivos de rotina. O funcionamento e a organização da UTIN necessitavam de mudanças para prestação de uma assistência mais adequada, mas os PS não tinham a noção clara de como operacionalizar tais mudanças.

Esses dados são relevantes, pois, para a execução de boas práticas no cuidado ao RN, incluindo o manejo de dor adequado e eficiente, é importante a avaliação da organização da UTIN, como mencionado no trabalho de Stevens et al. (2011). Neste, ficou demonstrada a ação combinada entre o contexto interno e a utilização de medidas de alívio da dor neonatal baseadas em evidências.

O clima organizacional da UTIN foi avaliado como variável com os profissionais insatisfeitos com a situação, mas sem saber o que fazer para que ocorram mudanças. Esses dados são semelhantes aos encontrados no Estudo-piloto 2, realizado no Hospital Universitário da UFES (Cruzeiro et al., 2012).

A avaliação não positiva do clima organizacional apresentada pela amostra pode ter sido influenciada, em parte, pelo momento difícil em que os profissionais da UTIN passavam no período de coleta dos dados da pesquisa (março de 2012 a junho de 2013). Nesse momento, havia uma mudança promovida pela determinação da SESA na transferência do setor maternidade para outro hospital estadual e a insegurança quanto a um provável fechamento da UTIN e redistribuição da equipe de profissionais para

outros hospitais. Os problemas de funcionamento e organização que já existiam foram, então, agravados pela possibilidade da saída da UTIN do HDDS.

Esse clima organizacional potencialmente pode gerar estresse no PS, somando-se à própria condição de trabalho na UTIN, que se caracteriza por um ambiente fechado de rotinas exigentes e extenuantes, com questões éticas delicadas e convívio constante com o sofrimento, a morte e a imprevisibilidade (Gaíva & Scochi, 2004). Contudo, os dados desta pesquisa, pela escala ERI (Chor et al., 2008) demonstraram haver equilíbrio entre esforço e recompensa no trabalho, sem evidência de supercomprometimento dos profissionais, sem impacto na sua saúde. Confirmam esses resultados a baixa frequência de afastamento por licença para tratamento de saúde e/ou falta ao trabalho por doença da amostra. Esses resultados reforçam o modelo teórico desenvolvido por Siegrist (1996) em que a condição de desequilíbrio entre o esforço e recompensa, com supercomprometimento, pode gerar emoções negativas associadas ao estresse ocupacional, com efeitos prejudiciais na saúde física e mental do trabalhador.

No entanto, os resultados do presente estudo diferiam daqueles do trabalho de Fogaça et al. (2010), que avaliaram também esforço e recompensa do trabalho de médicos e enfermeiros no ambiente de UTI neonatal de um hospital universitário, evidenciando um desequilíbrio desses profissionais. Mas, os trabalhos se assemelham quanto a uma tendência dos médicos ao estresse e ao supercomprometimento com o trabalho.

Ambos os trabalhos citados avaliaram a relação entre esforço, recompensa e supercomprometimento dos profissionais, enfatizam a importância da detecção de fatores de riscos ocupacionais, redirecionando os profissionais para uma diminuição de formas inadequadas de lidar com as exigências do trabalho, visando à preservação do estado de saúde.

Os dados qualitativos desta pesquisa evidenciaram que os fatores que causam estresse para os profissionais de saúde estavam relacionados à infraestrutura e à do trabalho, à assistência, aos recursos humanos e ao comprometimento profissional. Nesse sentido, a assistência direta ao RNPT não foi citada como fator de estresse, mas sim a dificuldade em oferecer uma assistência adequada por conta de condições ruins de trabalho, entendida como “desserviço” pelos PS.

Nesse contexto ocupacional da UTIN, ficou demonstrada a ausência de experiências percebidas como cronicamente estressantes. As condições do ambiente de trabalho não foram caracterizadas por uma carga de trabalho cumulativa de alto esforço, com baixa recompensa e de supercomprometimento. Apesar dos profissionais da UTIN se ocuparem com os pacientes, representados pelo RN e seus familiares, e isso gerar desequilíbrio segundo Siegrist (2004), não ficou demonstrada, neste estudo, a situação de discrepância entre esforços gastos e recompensas recebidas no trabalho, com reações de tensão e efeitos adversos à saúde do trabalhador. A ausência de efeito prejudicial do estresse ocupacional crônico na saúde foi constatada nos relatos sobre a baixa frequência de absenteísmo legal dos PS, como citado anteriormente.

Os dados também indicaram que o cuidado prestado ao RNPT não foi apontado como uma atividade estressante para os PS. Dessa forma, não se confirmou a ideia de que prestar assistência ao RNPT gera um grau de estresse aos profissionais, tendo como consequência a não utilização das medidas de alívio de dor no período de internação na UTIN.

Entre os estressores do contexto ocupacional, destaca-se a dificuldade de oferecer uma assistência adequada aos bebês internados devido à falta de infraestrutura mínima de trabalho, a ausência de rotinas e de protocolos de serviço, as dificuldades na administração de recursos humanos e o baixo comprometimento dos profissionais. Essa

situação estressante pode ser explicada pelo fato de que, no momento da coleta de dados, havia um clima de insatisfação e receio dos profissionais causado pela transferência da maternidade para outro hospital estadual determinada pela SESA e pela possibilidade de fechamento da UTIN, sem definição do local para onde seriam lotados os profissionais e sem uma política de investimento e manutenção da UTIN existente.

Neste contexto, a estratégia de enfrentamento de *manter o controle* foi a prevalente nesta amostra e a sua utilização estava associada diretamente à percepção favorável do ambiente de trabalho e indiretamente ao estresse, como mencionado por Pinheiro et al.(2003) na mensuração do *coping* ocupacional. Este tipo de estratégia de enfrentamento adotada demonstrou que os profissionais de saúde buscavam alternativas resolutivas, ativas e diretas, no âmbito individual e ambiental, na tentativa de modificar o estressor, visando a desempenhar as funções sob sua responsabilidade de maneira mais adaptativa. Mais especificamente, as estratégias de enfrentamento voltadas para a *autoconfiança*, a *busca de suporte social*, a *busca de informação* e a *resolução de problemas* foram as predominantes na amostra. O percepção de controle das ações para lidar com a fonte geradora de estresse no trabalho da UTIN associada à *reavaliação cognitiva positiva* pode ter influenciado o comportamento dos profissionais de pedir ajuda para lidar com o problema, como foi observado nos relatos verbais dos participantes, que exemplificam as categorias *busca de suporte social* e *resolução de problemas*.

Latack (1986) destacou que adoção de estratégias do tipo *controle* reduziu relato de ansiedade relacionada ao trabalho e que uma associação positiva entre *controle* e *suporte social* se deve ao fato de que este último tem um papel maior do que simples apoio emocional. Está associado ao engajamento dos indivíduos em estratégias proativas diante de situações de estresse, entendendo que, no momento da coleta de

dados, o *suporte social* pode ter sido representado pela demonstração da importância do trabalho desenvolvido na UTIN, na política de saúde pública estadual, gerando um clima de valorização da equipe e de procura de soluções para evitar o fechamento da unidade. Os esforços envolveram uma tentativa de manter o emprego, ainda que ameaçado, ou seja, os profissionais, mesmo diante da situação caótica de organização e funcionamento da UTIN, causadora do estresse ocupacional, elegeram uma maneira mais adaptativa de se comportar, utilizando estratégias de intervenção sobre o estressor, de forma a se manter no limite suportável de controle.

A não identificação de EE menos adaptativas pode ser explicada pelo fato que, na entrevista, apenas uma pergunta foi feita sobre como os participantes se comportavam diante do estresse do trabalho na UTIN e, dessa forma, pode não ter sido suficiente para que os 15 entrevistados detalhassem seus comportamentos de enfrentamento.

A avaliação do *coping* ocupacional foi importante para a compreensão de quanto o estresse no ambiente da UTIN pode influenciar o comportamento dos profissionais no desempenho das boas práticas de assistência (AAP, 2006; Beal, 2005), como, por exemplo, a adesão ou não ao manejo da dor. O *coping* foi aqui entendido como a regulação do comportamento, da emoção e orientação motivacional diante de eventos estressantes que ameaçam e/ou prejudicam as necessidades psicológicas básicas de relacionamento, competência e autodeterminação podem dar pistas a respeito do comprometimento do indivíduo no ambiente (Skinner & Welborn, 1994). No presente estudo, apesar do contexto estressante da UTIN estar relacionado à ameaça às necessidades psicológicas de relacionamento, competência e autonomia, os profissionais de saúde apresentaram reações e respostas ativas, positivas e direcionadas ao estressor, que caracterizam uma interpretação do estressor mais como um desafio do que uma ameaça às suas necessidades.

Esse tipo de *coping* adaptativo indica que, se o estressor ambiental for modificado, no caso a organização e o funcionamento caótico da UTIN, existirá a possibilidade de maior comprometimento do profissional e, com isso, a implantação das boas práticas de assistência ao RNPT internado, com a probabilidade de avaliação e tratamento adequados da dor neonatal.

Em um esquema mais abrangente, foi usado o modelo sociocultural de estresse, *coping* e adaptação, proposto por Aldwin (2009). Foi possível, assim, mostrar as possíveis relações entre o efeito cultural, social, situacional, psicológico e fisiológico, e as variáveis socioculturais do estresse e *coping* ocupacional de profissionais de UTIN diante da dor neonatal. Pode-se considerar, assim, que este modelo auxilia no entendimento de como o contexto cultural afeta a maneira do profissional lidar com estresse do trabalho, especificamente no manejo da dor, por identificar os fatores da cultura organizacional que podem influenciar a prática profissional. A partir dessa identificação, é possível propor estratégias específicas, que possam culminar com a mudança de comportamento necessária para que as medidas de alívio de dor possam ser implantadas de forma adequada e efetiva no ambiente da UTIN.

É importante mencionar que, após a coleta de dados, o ambiente da UTIN se modificou, com a transferência da Maternidade para outro hospital estadual, em novembro de 2013. E, como não houve o fechamento da UTIN, a internação de RN passou a ser realizada conforme leito disponível. Dessa forma, não há mais superlotação e falta de materiais e/ou equipamentos necessários para a assistência aos neonatos. A UTIN ainda continua com problemas de organização, mas o funcionamento apresentou algumas mudanças, a partir da reorganização do hospital e o redirecionamento do tipo de assistência na UTIN, à contratação de recursos humanos por meio de concurso público, a adequação do espaço físico da UTIN, a proposta de reuniões multidisciplinar

semanal para discussão dos casos internados, a discussão para formulação de protocolos e rotinas da assistência de enfermagem e novas determinações relativas à rotina de trabalho das categorias profissionais. As mudanças citadas trouxeram uma alteração no ambiente de trabalho, com diminuição considerável do barulho e iluminação no período da tarde, conduta médica e de enfermagem integrada, melhora na relação entre os profissionais e com familiares dos pacientes internados e o aspecto mais interessante é adoção mais frequentes de medidas de alívio de dor, como uso da solução adocicada e sucção nutritiva nos procedimentos de punção venosa e arterial pelos técnicos de enfermagem, mesmo sem um protocolo determinado.

A importância do fator organizacional influenciando o comportamento do profissional, no que diz respeito ao engajamento ou não em práticas adequadas e efetivas de assistência, demonstrou a complexidade que envolve o trabalho em uma UTIN. Pôde-se compreender que julgamentos superficiais e inadequados sobre o modo de se comportar da equipe não têm valor se não forem analisados na ótica geral da relação entre variáveis do ambiente, do paciente, do profissional e do familiar. Quanto à implantação de medidas de alívio da dor, esta pode ser possível a partir do entendimento da influência de cada variável estudada, e de outras que não foram apontadas, como a influência de uma assistência centrada na família e avaliação dos pais quanto ao manejo da dor, possibilitando uma discussão multidisciplinar com o objetivo final de melhoria da assistência aos neonatos na UTIN.

No início da pesquisa, analisando-se os dados de literatura referente à dor neonatal e à dificuldade na avaliação e manejo, resultando em muita dor no ambiente da UTIN, não era possível vislumbrar como este estudo poderia contribuir para o entendimento desse fenômeno, que é, de base, um problema de Saúde Pública. Era alta a probabilidade de ser mais um trabalho sobre a dor neonatal. O quadro mudou diante da

necessidade de uma fundamentação adequada, que foi direcionando para análise de variáveis até então pouco estudadas, como a “cultura da dor”, a concepção de prematuridade, o estresse e *coping* ocupacional, deixando de lado a proposta de investigação relacionada apenas à avaliação de escalas de dor ou à implantação de protocolos de manejo de dor. De acordo com a conclusão das etapas, os resultados apontavam para a importância de verificação de variáveis do contexto organizacional da UTIN que, no momento da pesquisa, tinham maior relevância no planejamento de propostas, com objetivo de alterar a prática profissional, principalmente na avaliação e manejo da dor, que foi o objetivo inicial deste trabalho.

Neste ponto, pode-se considerar que este estudo demonstrou que o alívio da dor em uma Unidade Neonatal, para ser adequada e efetiva, requer muito mais que implantação de escala de avaliação de dor e protocolos de tratamento. A importância de uma escala de dor e de uma rotina de manejo, principalmente na dor aguda, não é questionada. Contudo, antes disso, se faz necessária uma análise multidisciplinar do ambiente da UTIN, visando a identificar as variáveis que possam facilitar ou dificultar a mudança de comportamento diante da dor neonatal e, assim, a elaboração de propostas de implantação de medidas de avaliação e tratamento.

Este estudo apresentou limitações de caráter metodológico quanto ao número variável de participantes nas etapas da pesquisa devido à impossibilidade de realização, principalmente das entrevistas, com o número constante de profissionais. Houve perda amostral por questões de ordem trabalhista, com reordenação do número de participantes na segunda e terceira etapas da pesquisa. Outra limitação foi que a coleta dos dados, por ter sido feita durante a jornada de trabalho, estava condicionada ao ambiente da UTIN que, em algumas ocasiões, não oferecia condições para que o

profissional participasse devido ao tumulto do trabalho. Dessa forma, a pesquisadora teve que retornar muitas vezes, atrasando o cronograma da pesquisa.

Deve-se considerar a possibilidade de algum nível de “interferência no processo de coleta de dados” visto que a pesquisadora pertence ao quadro funcional da UTIN, o que era de conhecimento de toda amostra, e que a mesma tinha por objeto de estudo a dor neonatal, até porque ministrou aulas sobre o tema em cursos de capacitação oferecidos pela instituição. Esta situação pode ter influenciado algumas das respostas, principalmente nas entrevistas.

A generalização dos resultados deste estudo para o contexto de outras UTINs deve levar em conta que a pesquisa aconteceu em uma única unidade e em um momento muito particular do HDDS. Contudo, isto não impede que esta pesquisa sirva como modelo, no intuito de sistematizar as etapas de investigação de importantes variáveis associadas à dor neonatal e sua implicação na prática profissional.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática de medidas de alívio da dor na UTIN requer um minucioso estudo para sua concretização, já que sua efetiva utilização depende de vários fatores inerentes ao paciente, ao profissional, ao ambiente e também aos familiares, que atuam diretamente no tipo de assistência oferecida. O conhecimento científico sobre a dor e suas consequências para o neonato RNPT, a experiência profissional, a adoção de protocolos e rotinas de manejo da dor baseados em evidências não garantem uma mudança de comportamento diante da dor neonatal que culmine com alívio adequado e efetivo no período de internação na UTIN. A dor tem relação direta com variáveis culturais, sociais, ambientais, psicológicas, educacionais, e todas essas variáveis necessitam ser pelo menos discutidas quando se propõe a elaboração de protocolos e rotinas para o manejo da dor no ambiente hospitalar e, principalmente, na Unidade Neonatal.

O presente trabalho teve como objetivo identificar e avaliar, no ambiente da UTIN, as variáveis relacionadas ao neonato, ao profissional e ao ambiente que influenciam a mudança de comportamento necessária para a implantação efetiva de uma rotina de alívio da dor. Apesar das limitações do estudo, ele serve de roteiro para os setores de recursos humanos e humanização do hospital sobre como abordar algumas variáveis do ambiente da UTIN, para que possa desenvolver estratégias visando ao treinamento e à capacitação dos profissionais na implantação de boas práticas de assistência neonatal, por exemplo, o manejo da dor em procedimentos invasivos de rotina.

Este estudo apontou que, sem uma cuidadosa avaliação das concepções sobre o neonato e sua dor, da prática profissional de alívio nos procedimentos dolorosos, da análise dos estressores no ambiente de trabalho e do *coping* ocupacional, qualquer tentativa de implantação de protocolos e rotina de manejo de dor pode ser infrutífera,

pois essas variáveis atuam diretamente na mudança de comportamento, e consequentemente, na alteração da prática profissional.

REFERÊNCIAS

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74. doi: 10.1037/0021-843X.87.49.
- Aldwin, C. M. (2009). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. 2nd ed. New York: The Guilford Press.
- Aldwin, C. M. (2009). Sociocultural aspects of coping. In *Stress, coping, and development: An integrative perspective* (pp. 239-270). New York: The Guilford Press.
- Allen, M. C. (2008) Neurodevelopmental outcomes of preterm infants. *Current Opinion in Neurology*, 21(2), 123-128. doi 10.1097/WCO.0b013e3282f88bb4 .
- Almeida, C. M., Almeida, A. F. N., & Forti, E. M. P. (2007). Efeito do Método Canguru nos sinais vitais de recém-nascidos pretermo de baixo peso. *Revista Brasileira Fisioterapia*, 11(1), 1-5.
- Als, H. (1982). Toward a synactive theory of development: promise for the assessment and support of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3(4), 229-243.
- Als, H., Lester B. M., Tronick E. Z., & Brazelton B. (1982). Toward a research instrument for the assessment of preterm infant's behavior (APIB). In Fitzgerald H. E., Lester B. M., & Yogman M. W. *Theory and Research in Behavioural Pediatrics*. (vol 1, p.287). New York: Plenum Press.
- Alves, C. O., Duarte, E. D., Azevedo, V. M. G. O., Nascimento, G. R., & Tavares, T. S. (2011). Emprego de soluções adocicadas no alívio da dor neonatal em recém-nascido RNPT: Uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(4), 788-796.

- American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn. (2000). Prevention and management of pain and stress in the neonate. *Pediatrics*, 105(2), 454-461.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn and Section on Surgery, Canadian Paediatric Society and Fetus and Newborn Committee. (2006). Prevention and management of pain in the neonate: An update. *Pediatrics*, 118(5), 2231-2241. doi: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2006-2277> .
- Anand, K. J. S., Stevens, B. J., & McGrath, P. J. (2007). *Pain in neonates and infants*. London: Elsevier.
- Anand, K. J. S. (2001). Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155, 173-180.
- Anand, K. J. S., & Scalzo, F. M. (2000). Can adverse neonatal experiences alter brain development and subsequent behavior? *Biology of Neonate*, 77(2), 69-82. doi: 10.1159/000014197.
- Anand, K. J. S. (2000). Effects of perinatal pain and stress. *Progress in Brain Research*, 122, 117-129. doi:10.1016/S0079-6123(08)62134-2.
- Andersen, R. D., Isdahl, M. G. & Jylli, L. (2007). Neonatal procedural pain. *Acta Paediatrica*, 96(7), 1000-1003. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00190.x>.
- Anjos, D. R., Silva, E. A., Falqueiro, H. J. A., Freitas, P. M. P., Peres, V. P. M., & Massruha, V. C. (2008). Estresse: Fatores desencadeantes, identificação e avaliação de sinais e sintomas no enfermeiro atuante em UTI neonatal. *Revista Instituto Ciências da Saúde*, 26(4), 426-431.

- Balda, R. C. X., Almeida, M. F. B., Peres, C. A., & Guinsburg, R. (2009). Fatores que interferem no reconhecimento por adultos da expressão facial de dor no recém-nascido. *Revista Paulista de Pediatria*, 27(2), 160-167.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unified theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>.
- Barbetta, P. A. (2008). *Estatística aplicada às Ciências Sociais*. Florianópolis: Editora da UFSC.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. Climepsi: Editores.
- Barros, D. S., Tironi, M. O. S., Nascimento, C. L. S., Neves, F. S., Bitencourt, A. G. V., Almeida, A. M., Souza, Y. G., Teles, M. S., Feitosa, A. I. R., Mota, I. C. C., Franca, J., Borges, L. G., Lordão, M. B. J., Trindade, M. V., Almeida, M. B. T., Marques Filho, E. S., & Reis, E. J. F. B. (2008). Médicos plantonistas de unidades de terapia intensiva: Perfil sociodemográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de *burnout*. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 20(3), 235-240. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2008000300005>.
- Barros, A. L. B. L., Humerez, D. C., Fakil, F. T., & Mivhel, J. L. M. (2003). Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: Estudo preliminar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(5), 585-592. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000500004>.
- Batista, K. M., & Bianchi, E. R. F. (2006). Estresse entre enfermeiros da unidade de emergência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(4), 534-539. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-116920060004000010>.

- Beal, J. A. (2005). Evidence for best practices in the neonatal period. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 30(6), 3976-403.
- Bellieni, C. V., Aloisi, A. M., Ceccarelli, D., Valenti, M., Arrighi, D., Muraca, M. C...& Buonocore, G. (2013). Intramuscular injections in newborns: Analgesic treatment and sex-linked response. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 26(4), 419-422. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/14767058.2012.733777> .
- Beer, J. C. (2012). *Teacher and stress and coping: Does the process differ according to years of teaching experience?* Master's thesis. Portland State University, Portland.
- Bhutta, A.T., Cleves, M. A., Casey, P. H., Cradock, M. M., & Anand, K. J. S. (2002). Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: A meta-analysis. *JAMA*, 288(6), 728- 737. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.288.6.728> .
- Bioethics Committee. (2007). Professionalism in pediatrics: Statement of principles. *Pediatrics*, 120(4), 895-897. doi: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2007-2229> .
- Bispo, C. A. (2006). Um novo modelo de pesquisa de clima organizacional. *Produção*, 16(2), 258-273. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65132006000200007>.
- Bordin, M. B. M., Linhares, M. B. M., & Jorge, S. M. (2001). Aspectos cognitivos e comportamentais na média meninice de crianças nascidas pretermo e com muito baixo peso. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(1), 49-57. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-3772200100100008>.
- Borges, L. O., Argolo, J. C. T., Pereira, A. L. S., Machado, E. A. P., & Silva, W. S. A. (2002). Síndrome de Burnout e os valores organizacionais: Um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 189-200. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79720020001000020>.

- Borges, L. O., Argolo, J. C. T. & Baker, M. C. S. (2006). Os valores organizacionais e a síndrome de Burnout: Dois momentos em uma maternidade pública. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 19(1), 34-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722006000100006>.
- Braithwaite, M. (2008). Nurse burnout and stress in the nicu. *Advances in Neonatal Care*, 8(6), 343-347. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.ANC0000342767.17606.d1>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2000). *Portaria, nº 693 GM/MS, de 5 de julho de 2000*. Portal da Saúde. Recuperado de <http://www.portal.saude.gov.br/> em 23/03/2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2007). *Norma de atenção humanizada do recém-nascido de baixo peso – Método Canguru*. Brasília: MS.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)*. Brasília: MS.
- Brummelte, S., Grunau, R. E., Chaw, V., Poskitt, K. J., Vinall, J., Gover, A., Synnes, A. R., & Miller, S. P. (2012). Procedural pain and brain development in premature infant. *Annals Neurology*, 71(3), 385-396. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/ana.22267>.
- Bueno, M., Duarte, E. D., Marques, R. L., Freire, L. M., & Castral, T. C. (2014). Neonatal pain assessment program II: An innovative strategy to increase knowledge translation. *Revista Dor*, 15(2), 152-155.
- Camelo, S. H. H., & Angerami, E. L. S. (2004). Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco Núcleos de Saúde da Família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(1), 14-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000100003>.
- Carbajal, R. (2006). Douleur du nouveau-né: Traitement pharmacologique. *Archives de Pédiatrie*, 13(2), 211-224. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2005.12.007>.

- Carbajal, R., Rousset, A., Danan, C., Coquery, S., Nolent, P., & Breart, G. (2008). Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. *JAMA*, 300(1), 60-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.300.1.60>.
- Carneiro, G. (2000). *Um compromisso com a esperança: História da Sociedade Brasileira de Pediatria – 1910/2000*. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura.
- Carnier, L. E. (2010). *Stress e coping em crianças hospitalizadas em situações de pré-cirúrgica e stress do acompanhante: Estabelecendo relações*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, SP.
- Carvalho, L., & Malagris, L. E. N. (2007). Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 7(3), 570-582.
- Cavalheiro, A. M., Moura Junior, D. F., & Lopes, A. C. (2008). Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 29-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000100005>
- Chen, M., Shi, X., Chen, Y., Cao, Z., Cheng, R., Xu, Y., Liu, L., & Liet, X. (2012). A prospective study of pain experience in a neonatal intensive care unit of China. *Clinical Journal of Pain*, 28(8), 700–704. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/AJP.0b013e3182400d54>.
- Chermont, A.G., Guinsburg, R., Balda, R. C. X., & Kopelman, B. I. (2003). O que os pediatras conhecem sobre avaliação e tratamento da dor no recém-nascido? *Jornal de Pediatria*, 79(3), 265-272. doi: <http://dx.doi.org/102223/JPED.1030>.

- Chor, D., Werneck, G. L., Faerstein, E., Mello, M. C. A., & Rotenberg, L. (2008). The Brazilian version of ERI to assess job stress. *Caderno de Saúde Pública*, 24(1), 219-224. doi <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100022> .
- Cicchetti, D. (1984). The emergence of Developmental Psychopathology. *Child Development*, 55(1), 1-7. Doi:: <http://dx.doi.org/10.2307/1129830> .
- Clark, C. A., Woodward, L. J., Horwood, L. J., & Moor, S. (2008). Development of emotional and behavioral regulation in children born extremely preterm and very preterm: Biological and social influences. *Child Development*, 79(5), 1444–1462. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01198.x>.
- Codipietro, L., Bailo, E., Nangeroni, M., Ponzone, A., & Grazia, G. (2011). Analgesic techniques in minor painful procedures in neonatal units: A survey in northern Italy. *Pain Practice*, 11(2), 154-159. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1533-2500.2010.00406.x> .
- Comaru, C. M. (2011). *Estresse psicossocial e vínculo profissional em trabalhadoras de enfermagem: Uma análise da flexibilização do trabalho a partir da escala de desequilíbrio-esforço-recompensa*. Dissertação Mestrado não publicada, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, RJ.
- Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, and Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. Andrew S. Garner, Jack P. Shonkoff, Benjamin S. Siegel, Mary I. Dobbins, Marian F. Earls, Laura McGuinn, Jonh Pascoe, & David L. Wood. (2012). Early childhood adversity, toxic stress and the role of the pediatrician: Translating developmental Science into lifelong health. *Pediatrics*, 129(1), e224-e230. doi: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-2662> .
- Compas, B. E. (2009). Coping, regulation, and development during childhood and adolescence. In E. A. Skinner , & M. J. Zimmer-Gembeck (Ed.), *Coping and the*

development of regulation: New directions for child and adolescent development (pp. 91-133). San Francisco: Jossey-Bass. Recuperado de <http://www.interscience.wiley.com/> em 12/05/2010.

Connell, J. P. (1985). A new multidimensional measure of children's perceptions of control. *Child Development*, 56, 1018-1041.

Connell, J. P. (1990). Context, self and action: A motivational analysis of self-system processes across the life-span. In D. Cicchetti (Ed.), *The self in transition: From infancy to childhood* (pp. 61-97). Chicago: University of Chicago Press.

Costacurta, J. R. (2010). *O processo de implementação da pesquisa de clima organizacional numa instituição de ensino superior: O caso da universidade católica de Brasília (UCB).* Curso de Especialização em Gestão Educacional. Universidade de Brasília, Brasília, DF.

Crandall, V. C., Katkovsky, W., & Crandall, V. J. (1965). Children's beliefs in their control of reinforcement in intellectual academic achievement behaviors. *Child Development*, 36, 91-109.

Crescêncio, E. P., Zanelato, S., & Leventhal, L.C. (2011). Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(1), 64-69. Recuperado de <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a08.htm> em 23/07/2012.

Crepaldi, M. A., Rabuske, M. M., & Gabarra, L. M. (2006). Modalidades de atuação em Psicologia Pediátrica. In M. A. Crepaldi, M. B. M. Linhares, & G. B. Perosa .(Orgs), *Temas em Psicologia Pediátrica* (pp. 13-55). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto.* (3ª ed., Magda, F. L. Trad.). Porto Alegre: ArtMed.

Cruzeiro, M. S., Martins, S. W., & Enumo, S. R. F. (2012). *Estratégias de enfrentamento da dor: estudo com profissionais de Unidade Intensiva Neonatal.* Relatório de

- pesquisa apresentando à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2013). *Estatística sem Matemática para Psicologia* (Lori Viali, Trad.). Porto Alegre: Penso.
- DeCharms, R. (1968). *Personal causation: The internal affective determinants of behavior*. New York: Academic.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Dias, F. S., Enumo, S. R. F., & Martins, S. W. (2010). *Identificação e manejo de dor em UTIN segundo profissionais de* Dias, F. S., Enumo, S. R. F., & Martins, S. W. (2010). *Identificação e manejo de dor em UTIN segundo profissionais de Enfermagem*. Relatório final de pesquisa apresentado à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.
- Díaz, A., & Feldman, L. (2010). Validación preliminar del cuestionario de estrés laboral (desbalance-esfuerzo/recompensa) en una muestra de trabajadores de la salud venezolanos. *Ciencia & Trabajo*, 12(36), 320-323.
- Diniz, K. D. (2008). *Atuação de técnicos de enfermagem junto ao recém-nascido com dor em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN.
- Doca, F. N. P. (2014). *A dor pediátrica no contexto de internação em hospitais públicos do Distrito Federal (DF)*. Tese de Doutorado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF.

- Elias, S. D. T., Guinsburg, R., Peres, C. A., Balda, R. C. X., & Santos, A. M. N. (2008). Discordância entre pais e profissionais de saúde quanto à intensidade da dor no recém-nascido criticamente doente. *Jornal de Pediatria*, 84(1), 35-40. doi: <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1748>.
- Enumo, S. R.F., Paula, K. M. P., & Queiroz, S. S. (2012). Avaliação e intervenção em Psicologia Pediátrica: desenvolvimento de um Projeto Integrado de Pesquisa. In A. S. Nascimento, L. Z. Avellar, & P. V. Barbosa (Orgs.), *Infância e juventude: Promovendo diálogos e construindo ações* (pp. 23-46), Vitória, ES: GM Ed.; ABRAPSO-ES.
- Enumo, S. R. F., Queiroz, S. S., Paula, K. M. P., Balbi, R. R. O., Santos, P. B., Pereira, T. A. F., Oliveira, C. G. T., Martins, S. W., & Azevedo, R. R. (2007). Sintomas de *stress* em funcionários de UTIN de um hospital público na Grande Vitória, ES. In XXXVII Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia, *Anais*. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Psicologia.
- Feldman, R. (2007). Maternal versus child risk and the development of parent–child and family relationships in five high-risk populations. *Development and Psychopathology*, 19, 293–312.
- Ferreira, M. C., & Assmar, E. M. L. (2008). Fontes ambientais de estresse ocupacional e *burnout*: Tendências tradicionais e recentes de investigação. In A. Tamayo (Org.), *Estresse e cultura organizacional* (pp. 22-73). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferreira, M. C., Assmar, E. M. L., Estol, K. M. F., Helena, M. C. C. C., & Cisne, M. C. F. (2002). Desenvolvimento de um instrumento brasileiro para avaliação da cultura organizacional. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 271-280. doi: <http://dx.doix.org/10.1590/S1413-294X200220002200008>.

- Fogaça, M. C., Carvalho, W. B., Cítero, V., & Nogueira-Martins, L. A. (2008). Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: Estudo de revisão bibliográfica. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 20(3), 261-266. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S013-507X200800030009>.
- Fogaça, M. C., Carvalho, W. B., Cítero, V., & Nogueira-Martins, L. A. (2010). Estudo preliminar sobre o estresse ocupacional de médicos e enfermeiros em UTI pediátrica e neonatal: O equilíbrio entre esforço e recompensa. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 18(1), 67-72. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-116920110000100011>.
- Freire, N. B. S., Garcia, J. B. S., & Lamy, Z. C. (2008). Evaluation of analgesic of skin-to-skin contact compared to oral glucose in preterm neonates. *Pain*, 139(1), 28-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2008.02.031>.
- Freitas, J. O., & Camargo, C. L. (2007). Kangaroo mother method: Newborn weight outcome. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(1), 75-81. doi: <http://dx.doi.org/>
- Gaíva, M. A. M., & Scochi, C. G. S. (2004). Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(3), 469-476. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-1169200400300004>.
- Gamerzy, N. (1996). Reflections and commentary on risk, resilience and development. In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garnezy, & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions* (pp. 1-18). New York: Cambridge University Press.
- Gaspardo, C. M., Linhares, M. B. M., & Martinez, F. M. (2005). A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. *Jornal de Pediatria*, 81(6), 435-442. doi: <http://dx.doi.org/10.2223/JPED1417>.

- Gaspardo, C. M., Miyase, C. I., Chimello, J. T., Martinez, F. E., & Linhares, M. B. M. (2008). Is pain relief equally efficacious and free of side effects with repeated doses of oral sucrose in preterm neonates?. *Pain*, 137(1), 16-25. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2007.07.032>.
- Gaspardo, C. M. (2010). *Alívio de dor em neonatos pretermo: Avaliação da eficácia do uso continuado de sacarose*. Tese de Doutorado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Golian, B., Krane, E., Seybold, j., Almgren, C., & Anand, K. J. S. (2007). Non-pharmacological techniques for pain management in neonates, 31, 318-322. doi: <http://dx.doi.org/10.1053/j.semperi.2007.07.007>.
- Gomes, G. C., Filho, W. D. L., & Erdman, A. L. (2006). O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. *Revista de Enfermagem de UERJ*, 14(1), 93-99.
- Gonzaga, L. R. V. (2014). *Enfrentando provas escolares: Relações com problemas de comportamento e rendimento acadêmico no Ensino Médio*. Projeto de Tese Doutorado aprovado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP.
- Grassi-Oliveira, R, Ashy, M., & Stein L. M. (2008). Psychobiology of childhood maltreatment: Effects of allostatic load? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1), 60-68. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-444462008000100012&ing=pt&nrm=180 em 4/07/2011.
- Griep, R. H., Rotenberg, L., Vasconcellos, A. G. G., Landsbergis, P., Comaru, C. M., & Alves, M. G. M. (2009). The psychometric properties of demand-control and effort-

- reward imbalance scales among Brazilian nurses. *International Archives Occupational Environment Health*, 82(9), 1163-1172. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00420-009-0460-3>.
- Grunau, R. E., Holsti, L., & Peters, J. W. B. (2006). Long-term consequences of pain in human neonates. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 11(4), 268-275. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.siny.2006.02.007>.
- Grunau, R. E., & Tu, M. T. (2007). Long-term consequences of pain in human neonates. In K. J. S. Anand, B. J. Stevens, & P. J. McGrath (Orgs.), *Pain in neonates and infants* (pp. 45-55). London: Elsevier.
- Grunau, R. E. (2013). Neonatal pain in very preterm infants: Long-term effects on brain, neurodevelopment and pain reactivity. *Rambam Maimonides Medical Journal*, 4(4), 1-13. doi: <http://dx.doi.org/10.5041/RMMJ.10132>.
- Guimarães, C. A. (2013). *Cuidadores familiares de pacientes oncológicos pediátricos em cuidados paliativos: Processo de enfrentamento*. Projeto de Tese de Doutorado aprovado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP.
- Guimarães, L. A. M., Siegrist, J., & Martins, D. A. (2004). Modelo teórico de estresse ocupacional: Desequilíbrio entre esforço-recompensa no trabalho (ERI). In L. A. M. Guimarães, & S. Grubits (Orgs.), *Série saúde mental e trabalho* (pp. 69-83). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Guinsburg, R., Kopelman, B. I., Almeida, M. F. B., & Miyosi, M. H. (1994). A dor do recém-nascido RNPT submetido a ventilação mecânica através de cânula traqueal. *Jornal de Pediatria*, 70(2), 82-90. doi <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.727>.
- Guinsburg, R. (1999). Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. *Jornal de Pediatria*, 75(3), 149-160. doi: <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.290> .

- Guinsburg, R. (2010). *Estresse e dor no recém-nascido: Estamos atuando?* In XX Congresso Brasileiro de Perinatologia, *Anais*. Rio de Janeiro. Recuperado de: <http://www.paulomargoto.com.br> em 23/11/2011.
- Hack, M., Flannery, D. J., Schluchter, M., Cartar, L., Borawski, E., & Klein, N. (2002). Outcomes in young adulthood for very-low-birth-weight infants. *New England Journal of Medicine*, 346(3), 149-157. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa010856>.
- Hall, W. (2012). Anesthesia and analgesia in the NICU. *Clinics in Perinatology*, 39(1), 239-254. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clp.2011.12.013>.
- Harrison, D., Loughnan, P., & Johnston, L. (2006). Pain assessment and procedural management pain in neonatal units in Australian. *Journal of Peadiatric and Child Health*, 42(1-2), 6-9.
- Holmbeck, G. N. (1997). Toward terminological, conceptual, and statistical clarity in the study of mediators and moderators: Examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. *Journal Consulting Clinical Psychology*, 65(4), 599-610. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.65.4.599>.
- Horowitz, F. D. (1992). The concept of risk: A revaluation. In S. L. Friedman, & M. D. Sigman (Eds.), *The phsychological development of birthweight children* (pp. 234-300). New Jersey: Ablex Publishing Corporation.
- Hostert, P. C. C. P. (2010). *Estratégias de enfrentamento e problemas comportamentais em crianças com câncer, na classe hospitalar*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES.

- Johnston, C. C., & Stevens, B. J. (1996). Experience in a neonatal intensive care unit affects pain response. *Pediatrics*, 98(5), 925-930. Recuperado de <http://pediatrics.aappublications.org/content/98/5/925> em 12/09/2011
- Johnston, C. C., Barrington, K. J., Taddio, A., Carbajal, R., & Filion, F. (2011). Pain in canadian nicus: Have we impaired over the past 12 years? *Clinics Journal Pain*, 27(3), 225-232. doi: 10.1097/AJP.ObO13c318114cf
- Johnston, C. C., & Stevens, B. J. (1996). Experience in a neonatal intensive care unit affects pain response. *Pediatrics*, 98(5), 925-930. Recuperado de <http://pediatrics.aappublications.org/content/98/5/925> em 12/09/2011
- Joung, K. h., Cho, S. C. (2010). The effects of sucrose on infants during a painful procedure. *Korean Journal Pediatrics*, 53(8), 790-794. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.3345/kjp.2010.53.8.790>.
- Krausz, R. R. (1994). Diagnóstico Organizacional. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kaneyasu, M. (2012). Pain management, morphine and outcomes in preterm infants: A review of the literature. *The Journal of Neonatal Nursing*, 31(1), 21-30. doi: 10.1891/0730-0832.31.1.24
- Klein, V. C., & Linhares, M. B. M. (2010). Temperamento e desenvolvimento da criança: revisão sistemática da literatura. *Psicologia em Estudo*, 15(4), 821-829. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722010000400018>
- Kramer, U., & Drapeau, M. (2009). The cognitive errors and coping patterns of child molesters as assessed by external observers: A pilot study. *The Open Criminology Journal*, 2, 24-28. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.2174/18749178009020100245>.
- Larroque, B. (2004). Les troubles du développement des enfants grands prématurés mesurés à l'âge scolaire: Revue de la littérature. *Journal Gynécologie Obstetrique*

et Biologie de la Reproduction, 33(6), 475-486. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1016/S0368-2315\(04\)96560-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0368-2315(04)96560-X).

Latack, J. C. (1986). Coping with job stress: Measures and future directions for scale development. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 377-385. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.71.3.377>.

Lamiter, M. A., Johnston, C. C., Ritchie, J. A., Clarke, S. P. & Gilin, D. (2008). Factors affecting delivery of evidence-based procedural pain care in hospitalized neonates. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38(2), 182-194. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01007.x>.

Latimer, M. A., Ritchie, J. A. & Johnston, C. C. (2010). Individual nurse and organizational context considerations for better knowledge use in pain care. *Journal of Pediatric Nursing*, 25, 274-281. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2009.03.004>.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lee, S., Aziz, K., Ohlsson, A., Cronin, C. M., Lefebvre, F., Allen, A., & Dunn, M. (2006). The Canadian Neonatal Network™— A novel model for knowledge translation. In Institute of Health Services and Policy Research (Ed.), *Evidence in action, acting on evidence: A casebook of health services and policy research knowledge translation stories* (pp. 47-51). Ottawa, CA: CIHR.

Lee, G. Y., & Steven, B. J. (2014). Neonatal and infant pain assessment. In P. J. McGrath, B. J. Stevens, S. M. Walker, & W. T. Zempsky (Eds.), *Oxford Textbook of Paediatric Pain* (pp. 353-369). Oxford: Oxford University Press.

- Lei, W., Hee, K.Y., & Dong, W. (2010). A review of research and strategies for burnout among Chinese nurses. *British Journal of Nursing*, 19(13), 844-850. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2010.23.10.503>.
- Leiter, M. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behavior*, 12(2), 123-144. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1002/job.4030120205>.
- Lemaire, J. B., & Wallace, J. E. (2010). Not all coping strategies are created equal: A mixed methods study exploring physicians' self-reported coping strategies. *BMC Health Services Research* [Online] 10. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/208> em 20/08/2011.
- Linhares, M. B. M. (2004). Estresse, resiliência e cuidado do desenvolvimento do neonate de alto risco. In E. G. Mendes (Org.), *Temas em Educação Especial: Avanços recentes* (pp. 315-324). São Carlos: EDUFSCar.
- Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Padovani, F. H. P., Bordin, M. B. M., Martins, I. M. B., & Martinez, F. E. (2004). A compreensão do fator de risco da prematuridade sob a ótica desenvolvimental. In E. M. Maturano, M. B. M. Linhares, & S. R. Loureiro (Org.), *Vulnerabilidade e proteção: Indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar* (pp. 11-38). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Correia, L. L., Gaspardo, C. M., & Padovani, F. H. P. (2006). Psicologia Pediátrica e neonatologia de alto risco: Promoção precoce do desenvolvimento dos bebês RNPTs. In M. A. Crepaldi, M. B. M. Linhares, & G. B. Perosa (Orgs.), *Temas em Psicologia Pediátrica* (pp. 109-146). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Linhares, M. B. M., & Doca, F. N. P. (2010). Dor em neonatos e crianças: Avaliação e intervenção não farmacológicas. *Temas em Psicologia*, 18(2), 307-325.
- Linhares, M. B. M., Oliveira, N. C. A. C., Doca, F. N. P., Martinez, F. E., Carlotti, A. P. P., & Finley, G. A. (2014). Assessment and management of pediatric pain based on the opinions of health professional. *Psychology & Neuroscience*, 7(1)u, 43-53. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.3922/j.psns.2014.1.07>
- Lipp, M. E. N. (1996) Stress: Conceitos básicos. In M. E. N. Lipp (Ed.) *Pesquisas sobre stress no Brasil: Saúde, ocupações e grupos de riscos* (pp. 17-31). Campinas: Papirus.
- Lipp, M. E. N. (2003). *Mecanismos neuropsicológicos do stress*: Teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lucena, L. M. (2008). *Diagnóstico da cultura organizacional em hospitais da rede privada de Natal*. Dissertação de Mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN.
- Luthar, S. S., Sawyer, J. A., & Brown, P. J. (2006). Conceptual issues in studies of resilience - Past, present, and future research. *Annals New York Academy of Sciences*, 1094, 105–115. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1196/annals.1376.009>.
- Machado, V. B., & Kurcgant, P. (2004). O processo de formação de cultura organizacional em um hospital filantrópico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(3), 280-287. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342004000300006>.

- Maciel, R. H. (2006). *Cultura organizacional dos estabelecimentos de saúde no âmbito do SUS no Ceará*: Relatório final. Fortaleza: Observatório de Recursos Humanos em Saúde Estação CETREDE/UFC/UECE.
- Mahoney, M. J. (1998). *Processos humanos de mudança :As bases científicas da psicoterapia*. (F. Appolinário, Trad.). Porto Alegre: ArtMed.
- Maia, A. C. A., Coutinho, S. B. (2011). Fatores que influenciam a prática do profissional de saúde no manejo da dor do recém-nascido. *Revista Paulista de Pediatria*, 29(2), 270-276.
- Martins, J. T., & Robazzi, M. L. C. C. (2009). O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: Sentimento de sofrimento. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 17(1),34-54. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/SO104-11692009000100009>.
- Martins, S. W., Azevedo Jr., R. R., Paula, K. P. P., Queiroz, S. S., Felizardo, G. R., Pratti, G. A., Magliano, P., & Enumo, S. R. F. (2007). Relatório de alta e prevenção de problemas de desenvolvimento: Análise de 12 anos de registro. In XIX Congresso Brasileiro de Perinatologia, *Anais*. Fortaleza, CE: Sociedade Brasileira de Pediatria.
- Martins, M. C. A. (2003). Situações indutoras de *stress* no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar. *Millenium-Revista do ISPV*, 28, 1-17. Recuperado de <http://www.ipv.pt/millenium/millenium28/18.htm> em 13/09/2010.
- Martins, S. W. (2002). *Uma possível visão dos médicos de UTIN sobre o desenvolvimento do RNPT*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.
- Martins, S. W. (2003, Junho). Concepção de RNPT dos médicos de UTIN. In XVII Congresso Brasileiro de Neurologia e Psiquiatria Infantil, *Anais*, Vitória, ES.

- Martins, S. W., Cruzeiro, M. S., Paula, K. M. P., & Enumo, S. R. F. (2013). Clima Organizacional e sua influência no manejo da dor neonatal. In A. Garcia, M. D. C. Macedo, & T. A. Nunes (Orgs), *Relações interpessoais e saúde* (pp. 154-164). Vitória:GM Gráfica e Editora.
- Martins, S. W., Dias, F. S., Paula, K. M. P., & Enumo, S. R. F. (2013). Pain assessment and control by nurses of a neonatal intensive unit. *Revista Dor*, 14(1), 21-26.
- Martinez, C. M. S., Joaquim, R. H. V. T., Oliveira, E. B., & Santos, I. C. (2007). Suporte informacional como elemento para orientação de pais de pretermo: Um guia para o serviço de acompanhamento do desenvolvimento no primeiro ano de vida. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(1), 73-81. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235016477012> em 08/07/2011.
- Mascella, V. (2014). *Queixa de dor de cabeça em adolescentes: Eestressores, estratégias de enfrentamento e qualidade de vida*. Projeto de Tese de Doutorado aprovado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP.
- Masten, A. S., & Obradovic, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals New York Academy of Sciences*, 1094, 13-27. doi: <http://dx.doi.org/10.1196/annals.1376.003>.
- Mcgrath, P. J., & Finley, G. A. (2003). *Pediatric pain: Biological and social context*. Seattle: IASP Press.
- McNair, C., Yeo, M. C., Johnston, C., & Taddio, A. (2013). Nonpharmacological management of pain during common needle puncture procedures in infants: Current research evidence and practical. *Clinics in Perinatology*, 40(3), 493-508. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clp.2013.05.003>.

- Meio, M. D. B. B., Lopes, C. S., Morsch, D. S., Monteiro, A. P. G., Rocha, S. B., Borges, R. A., & Reis, A. B. (2004). Desenvolvimento cognitivo de crianças prematuras de muito baixo peso na idade escolar. *Jornal de Pediatria*, 80(6), 495-502. doi: <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1264>.
- Melnyk, B. M., Feinstein, N. F., & Fairbanks, E. (2006). Two decades of evidence to support implementation of the COPE Program as standard practice with parents of young unexpectedly hospitalized/critically ill children and premature infants. *Pediatric Nursing*, 32(5), 475-481.
- Melnyk, B. M., Feinstein, N. F., Gillis-Alpert, L., Fairbanks, E., Crean, H. F., Sinkin, R. A., ... Goss, S. J. (2006). Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) Neonatal Intensive Care Unit Program: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 118(5), e1414-e1427. doi: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2005-2580>.
- Meltzoff, J. (2007). *Critical thinking about research: Psychology and related fields*. 9th ed. Washington: American Psychological Association.
- Mendes, R. (1988). O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde dos trabalhadores. *Revista de Saúde Pública*, 22(4), 311-326. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101988000400007>.
- Menezes, I. G., Sampaio, L. R., Gomes, A. C. P., Teixeira, F. S. & Santos, P. S. (2009). Escala de clima organizacional para organizações de saúde: Desenvolvimento e estrutura fatorial. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(3), 305-316. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2009000300004>.

- Menon, G., & McIntosh, N. (2008). How should we manage pain in ventilated neonates? *Neonatology*, 93(40), 316-323. doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000121458>.
- Montali, L., Monica, C., Riva, P., & Cipriani, R. (2011). Conflicting representations of pain: A qualitative analysis of health care professionals' discourse. *Pain Medicine*, 12(11), 1585-1593. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01252.X>.
- Moraes, E. O. & Enumo, S. R. F. (2008). Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado. *Psico-USF*, 13(2), 221-231. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712008000200009>.
- Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2010). Intervenção psicológica lúdica para o enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 445-454. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000300007>.
- Nemergut, M. E., Yaster, M., & Colby, C. E. (2013). Sedation and analgesia to facilitate mechanical ventilation. *Clinics in Perinatology*, 40(3), 539-558. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clp.2013.05.005>.
- Neves, F. A. M., & Correa, D. A. M. (2008). Dor em recém-nascidos: A percepção da equipe de saúde. *Ciências Cuidado e Saúde*, 7(4), 461-467
- Newnham, C. A., Inder, T. E., & Milgrom, J. (2009). Measuring preterm cumulative stressor scale. *Early Human Development*, 85(9), 549-555
- Oliveira, C. G. T. (2013). *Enfrentando a dor na Anemia Falciforme: Uma proposta de avaliação e intervenção psicológica com crianças*. Tese de Doutorado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES.

- Oliveira, C. G. T., Enumo, S. R. F., Azevedo Jr., R. R., & Queiroz, S. S. (2011). Indicadores cognitivos, linguísticos, comportamentais e acadêmicos de pré-escolares nascidos pré-termo e a termo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(3), 73-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722011000300003>.
- Oliveira, C. G. T., Enumo, S. R. F., Paula, K. M. P., Dias, T. L., & Turrini, F. A. (2012). Linguagem e pré-requisitos para alfabetização em pré-escolares em risco de desenvolvimento. In D. B. S. F. Andrade, & J. J. M. Lopes (Orgs.), *Infâncias e crianças: Lugares em diálogos* (pp. 75-92). Cuiabá: EdUFMT.
- Oliveira, F. E. M. (2007). *SPSS básico para análise de dados*. Rio de Janeiro: Ciência Moderna.
- Paris, L., & Omar, A. (2008). Predictores de satisfacción laboral em médicos y enfermeros. *Estudos em Psicologia (Campinas)*, 13(3), 233-244.
- Pereira, J. C. R. (2004). *Análise de dados qualitativos: Estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais* (3. ed.). São Paulo: EDUSP.
- Perlman, J. M. (2001). Neurobehavioral deficits in premature graduates of intensive care: potencial medical and neonatal environmental risk factors. *Pediatrics*, 108(6), 1339-1348. doi: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.108.6.1339>.
- Pinheiro, F. A., Tróccoli, B., T., & Tamayo, M. R. (2003). Mensuração de *Coping* no Ambiente Ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(2), 153-158.
- Pölkki, T., Korhonen, A., Laukkala, H., Saarela, T., Julkuner, K. V., & Pietilä, A. M. (2010). Nurse's attitudes and perceptions of pain assessment in neonatal intensive care. *Scandinavian Journal Caring Sciences*, 24(1), 49-55. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01252.x>.

- Porter, F. L., Wolf, C. M., Gold, J., Lotsoff, D., & Miller, J. P. (1997). Pain and pain management in newborn infants: A survey of physicians and nurses. *Pediatrics*, 100(4), 626-632.
- Presbytero, R., Costa, M. L. V., & Santos, R. C. S. (2010). Os enfermeiros da unidade neonatal frente o recém-nascido com dor. *Revista Rene Fortaleza*, 11(1), 125-132.
- Prestes, A. C. Y., Guinsburg, R., Balda, R. C. X., Marba, S. T. M., Rugolo, L. M. S. S., Pachi, P. R., & Bentlin, M. R. (2005). Frequência do emprego de analgésicos em unidades de terapia intensiva neonatal universitária. *Jornal de Pediatria*, 81(5), 405-410. doi: <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1392>.
- Preto, V. A., & Pedrão, L. J. (2009) O estresse entre enfermeiros que atuam em unidade de terapia intensiva. *Revista Escola Enfermagem USP*, 43(3). Recuperado em 30 de dezembro, 2010 de www.ee.usp.br/reeusp/.
- Raeseide, L. (1997). Perceptions of environmental stressors in the neonatal unit. *British Journal of Nursing*, 6(6), 914-923
- Ramos, F. P. (2012). *Uma proposta de análise do coping no contexto de grupo de mães de bebês RNPTs e com baixo peso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*. Tese de Doutorado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES.
- Ramos, F. P., Enumo, S. R. F., Paula, K. M. P., Martins, S. W., Vicente, S. R. C. R. M., & Roseiro, C. P. (2009, julho). Concepções de funcionários de UTIN sobre competências desenvolvimentais de recém-nascido. In VII Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento, *Anais*. Associação Brasileira de Psicologia do Desenvolvimento, Rio de Janeiro.
- Ramos, F. P., Enumo, S. R. F., Paula, K. M. P., & Vicente, S. C. R. M. (2010). Avaliação e intervenção com profissionais de enfermagem em uma UTIN: Desafios

na assistência integral ao neonato de alto risco. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12(2), 144-157.

Reinert, M. (1998). *Alceste. Version 4.0 – Windows (Manual)*. Toulouse: Societé Image.

Resolução nº 466/12 de 12 de Dezembro. Diário Oficial da União nº12/13 – Seção1. Conselho Nacional de Saúde. Brasília.

Robb, S. L. (2003). Coping and chronic illness: Music therapy for children and adults with cancer. In *Music therapy in pediatric healthcare: Research and evidence-based practice* (pp. 101-136). Silver Spring: American Music Therapy Association, Inc.

Roberts, M. C, .&Steele, R. G. (2009). *Handbook of Pediatric Psychology*. 4th ed. New York: Guilford Press, 2009.

Roseiro, C. P. (2010). *Cuidado ao recém-nascido em UTIN: Concepções e práticas de humanização*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(609).

Rutter, M. (1987). Psychological resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.

Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal Adolescent Health*, 14(8), 626-631.

Rutter, M., & Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12, 265–296.

Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals New York Academy Sciences*, 1094, 1-12.

Salomon, D.V. (2001). *Como fazer uma monografia*. São Paulo: Martins Fontes.

- Sameroff, A. J. (1991). The social context of development. In M. Woodhead, R. Carr, & P. Light (Eds.), *Becoming a Person- Child Development in Social Context* (pp.167-189). London: Routledge.
- Sameroff, A. (2009). *The Transactional Model of Development:How children and contexts shape each other*. Washington: American Psychological Association.
- Sameroff, A. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child Development*, 81(1), 6–22.
- Santos, J. V., & Sutelo, M. (2009). Cultura organizacional e satisfação profissional: Estudo desenvolvido em hospital privado. *Psico*, 40(4), 467-472.
- Santos. M. C., Barros, L., & Carolino, E. (2010). Occupational stress and coping resources in physiotherapists: A survey of physiotherapists in three general hospital. *Physiotherapy*, 96(1), 303-310. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2010.03.001>.
- Santos, M. C. L., Braga, V. A. B., & Fernandes, A. F. C. (2008). Nível de satisfação dos enfermeiros com seu trabalho. *Revista de Enfermagem UERJ*, 16(1), 101-105.
- Santos, T. S. (2007). *Profissionais de saúde da assistência domiciliar: Stress, estressores e estratégias de coping*. Dissertação de Mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-216. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000200007>.
- Schechter, N. L., Finley, G. A., Bright, N. S., Laycock, M., & Forgeron, P. (2010). ChildKind: A global initiative to reduce pain in children. *Pediatric Pain Letter*,

12(3), 26-30. Recuperado de http://childpain.org/ppl/issues/v12n3_2010/v12n3_schechter.shtml em 01/06/2014 .

- Scochi, C. G. S., Kokuda, M. L. P., Riul, M. J. S., Rossanez, L. S. S., Fonseca, L. M. M., & Leite, A. M. (2003). Encouraging mother-child attachment in prematurity situations: Nursing interventions at the Ribeirão Preto Clinical Hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(4), 539-543. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000400018>.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L.C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234.
- Selye, H. (1983). The stress concept: Past, present and future. In C. L. Cooper (Ed.), *Stress research: Issues for the eighties* (pp. 1-20). USA: John Wiley & Sons.
- Shonkoff, J. P., Richter, L., Gaag, J., & Bhutta, Z. A. (2012). An integrated scientific framework for child survival and early childhood development. *Pediatrics*, 129, 460-471. doi: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-0366>.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>.
- Siegrist, J. (1999). The model of effort-reward imbalance: Theoretical background information and documentation – Bibliographic references. Recuperado de <http://www.uni-duesseldorf.de/www/workstress/htm> em 16/02/2012.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., & Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58(8), 1483-1499. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00351-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00351-4).

- Siegrist, J., Wege, N., Pühlhofer, F., & Wahrendorf, M. (2009). A short generic measure of work stress in the era of globalization: Effort-reward imbalance. *International Archives of Occupation and Environmental Health*, 82(8), 1005-1013. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00420-008-0384-3>.
- Siegrist, J. (2012). Social reward and health: How to reduce stress at work and beyond. In A. M. Rossi, P. L. Perrewé, & J. A. Meurs (Eds.), *Coping and prevention* (pp. 75-91). Charlotte, NC: Information Age Publishing.
- Silva, A. A., Souza, J. M. P., Borges, F. N. S., & Fischer, F. M. (2010). Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. *Revista Saúde Publica*, 44(4), 718-725. doi <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-891020100004000016>.
- Silva, A. M. B. (2013). *Avaliação e intervenção psicofisiológica no coping da dor em bailarinos: Análise de uma proposta*. Projeto de Tese de Doutorado aprovado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.
- Silva, M. C. M., & Gomes, R. S. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 239-248. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2009000300008>.
- Silva, M. S., Pinto, M. A., Gomes, L. M. X., & Barbosa, T. L. A. (2011). Pain in hospitalized children: nursing team perception. *Revista Dor*, 12(4), 314-320.
- Silva, T. P. & Silva, L. J. (2010). Escalas de avaliação de dor utilizadas no recém-nascido: Revisão sistemática. *Acta Médica Portuguesa*, 23(3), 437-454.
- Silva, R. A., & Alvarenga, A. T. (1995). Considerações teórico-metodológicas acerca da constituição da Perinatologia como área de conhecimento e da morbimortalidade perinatal como objeto de investigação de natureza interdisciplinar. *Revista*

Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 5, 1-16. Recuperado de http://pepsic.bvsaud.org/scielo.php?script=sci_serial&ped=0104-1282&Ing=pt&nrm=iso em 12/05/2001.

Silveira, K. A. (2014). *A promoção do engajamento discente por professoras de classe inclusiva e suas relações com processos de estresse e coping docente*. Tese de Doutorado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.

Silveira, K. A., & Enumo, S. R. F. (2012). Biopsychosocial risks to development in preterm and low birth weight. *Paidéia*, 22(53), 335-345. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272253201305>.

Simons, H. P.S., Dijk, M., Anand, K. S., Roofhooft, D. Lingen, R. A., & Tibboel, D. (2003). Do we still hurt newborn babies? *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 157(11), 1058-1064. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archpedi.157.11.1058>.

Skinner, E. A. (1992). Perceived control: Motivation coping and development. In R. Schwazer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 91-106). Washington: Hemisphere Publishing Corporation.

Skinner, E. A. (1999). Action regulation, coping, and development. In J. Brandtstädter, & R. M. Lerner (Eds.), *Action & self-development: Theory and research through the life span* (pp. 465-503). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.

Skinner, E. A., Chapman, M., & Baltes, P. B. (1988). Beliefs about control, means-ends, and agency: A new conceptualization and its measurement during childhood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(1), 117-133. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.54.1.117>.

- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>.
- Skinner, E. A., & Edge, K. (2002). Self-determination, coping and development. In E. L. Deci, & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of self-determination research* (pp. 297-337). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Skinner, E. A., Kidermann, T. A., Connell, J. P., & Wellborn, J. G. (2009). Engagement as an organizational construct in the dynamics of motivational development. In K. Wentzel, & A. Wigfield (Eds.), *Handbook of motivation in school* (pp. 223-245). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Skinner, E. A., & Pitzer, J. (2012). Developmental dynamics of engagement, coping and everyday resilience. In S. Christenson, A. Reschly, & C. Wylie (Eds.), *The handbook of research on student engagement* (pp. 21-45). New York: Springer Science.
- Skinner, E. A., & Wellborn, J. G. (1994). Coping during childhood and adolescence: A motivational perspective. In P. B. Baltes, & O. G. Brim (Eds.), *Life span development and behavior* (pp. 91-133). Hillsdale: L. Erlbaum.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). [The development of coping](http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085705). *Annual Review of Psychology*, 58, 119-144. doi: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085705>.
- Souza, B. B. B., Santos, M. H., Souza, F. G. M., Gonçalves, A. P. F., & Paiva, S. S. (2006). Avaliação da dor como instrumento para o cuidar de recém-nascidos pretermo. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15, 88-96.

- Standley, J. (2012). Music therapy research in the nicu: An updated meta-analysis. *Neonatal Network*, 31(5), 311-316. doi: <http://dx.doi.org/10.10.1891/0730-0832.31.5.311>.
- Stevens B., Yamada, J., & Ohlsson, A. (2014). Sacarose para analgesia em recém-nascidos passando por procedimento doloroso (Revisão Cochrane). In *Resumos de Revisões Sistemáticas em Português*, 4. doi: CD001069-PT.pub
- Stevens, B. J., Lee, S. K., Law, M. P., Yamada, J., & Canadian Neonatal Network Epic Study Group. (2007). A qualitative examination of changing practice in Canadian neonatal intensive care units. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(2), 287–294. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2753.2006.00697.x>.
- Stevens, B. J., Riahi, S., Cardoso, R., Ballantyne, M., Yamada, J., Beyene, J., & Ohlsson, A. (2011). The influence of context on pain practices on NICU: Perceptions of health care professionals. *Qualitative Health Research*, 21(6), 757-770. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1049732311400628>.
- Stevens, B.J., Abbott, L. K., Yamada, J., Harrison, D., Stinson, J., Taddio, A., Barwick, M., Latimer, M., Scott, S. D., Rashotte, J., Campbell, F., & Finley, G. A. (2011). Epidemiology and management of painful procedures in children in Canadian hospitals. *Canadian Medical Association Journal*, 183(7), 183-187. doi: <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.101341>.
- Stursa, D., Queiroz, S. S., & Enumo, S. R. F. (2010). Investigação da noção de conservação de quantidades discretas em pré-escolares nascidos RNPTs e a termo por meio do jogo de Dominó. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 20(2), 238-249.
- Tamayo, M. R., & Tróccoli, B. T. (2002). Exaustão emocional: Relações com a percepção do suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho

Estudos de Psicologia (Campinas), 7(1), 37-46. doi:
<http://dx.doi.org/101590/S1413294X2002000100005>.

- Turrini, F. A., Enumo, S. R. F., Ferrão, E. S., & Monteiro, R. N. (2010). Comportamentos afetivo-motivacionais durante prova assistida diferenciam pré-escolares nascidos RNPTs e com baixo peso dos nascidos a termo. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12(2), 158-172.
- Turrini, F. A., Oliveira, C. G. T., Garioli, D., & Enumo, S. R. F. (2014). Avaliação assistida de estratégias metacognitivas de pré-escolares em risco biopsicossocial para o desempenho acadêmico. In S. R. F. Enumo, T. L. Dias, & K. M. P Paula (Orgs.), *Crianças em risco de desenvolvimento e aprendizagem: Atualizações e pesquisas em Avaliação Assistida* (pp. 105-125). Curitiba: Juruá.
- Twycross, A., Dowden, S., & Bruce E. (2014). Managing pain in children: A clinical guide [Adobe Digital Editions version].
- Umann, J. (2011). *Estresse, coping e presenteísmo em enfermeiros hospitalares*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.
- Weber, L., & Dessen, M. A. (2009). *Pesquisando a família: Instrumentos para coleta e análise de dados*. Curitiba: Juruá Editora.
- Weiner, B. (1979). A theory of motivation for some classroom experiences. *Journal of Educational Psychology*, 71(1), 3-25. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0663.71.1.3>.
- World Health Organization. (1977). Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause perinatal deaths. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 56, 247-253.

- Zimmer-Gembeck, M. J., Lees, D., Bradley, G., & Skinner, E. A. (2009). Use of an analogue method to examine children's appraisals of threat and emotion in response to stressful event. *Motivation and Emotion*, 33(4), 136-149. doi: 10.1007/s11031-009-9123-7.
- Zimmer-Gembeck, M. J., Lees, D., & Skinner, E. A. (2011). Children's emotions and coping with interpersonal stress as correlates of social competence. *Australian Journal of Psychology*, 63(3), 131-141. doi: 10.1111/j.1742-9536.2011.00019.x
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2008). Adolescents coping with stress: Development and diversity. *The Prevention Researcher*, 15(4), 3-7. Recuperado de [www. TPRonline.org](http://www.TPRonline.org).
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2011). The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, 35(1), 1-17. doi: 10.1177/0165025410384923.

GLOSSÁRIO

Alojamento conjunto: Sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, após o nascimento, permanece ao lado de sua mãe 24 horas, no mesmo ambiente, até a alta hospitalar, período em que se procura estimular a participação do pai e da família no cuidado da criança.

Aspiração oral/nasal: Remoção de secreções existentes nas vias aéreas superiores e faríngeas, por meio de um aspirador ligado ao sistema de vácuo. Objetivo conservar a via aérea limpa e pérvia, proporcionando uma ventilação eficaz.

Aspiração traqueal/ traqueostomia: Técnica de fisioterapia respiratória que tem por objetivo o aumento da permeabilidade das vias aéreas e prevenção do acúmulo de secreção brônquica. O procedimento consiste na introdução de uma sonda por dentro da cânula traqueal e aspiração de secreção por meio de movimentos rotatórios suaves.

Cateter central de inserção periférica (PICC): Acesso de veias centrais para infusão de medicamentos, soluções hipertônicas e nutrição parenteral por tempo prolongado.

Cateterismo umbilical: Procedimento com a finalidade de estabelecer uma linha de acesso venoso pela artéria e/ou veia umbilical a circulação sanguínea do RNPT. Por ele pode ser feita infusão de líquido e drogas. Utilizado também para intervenção e monitorização cardíaca e de trocas sanguíneas.

Colocação sonda gástrica: Inserção de uma sonda para descompressão do estômago.

Colocação de sonda vesical: Técnica asséptica e invasiva que consiste na introdução de um cateter da uretra até a bexiga com o objetivo de esvaziamento da bexiga diante de situações agudas de retenção urinária ou coleta de exames em casos distintos.

Curativo: Meio que consiste na limpeza e aplicação de uma cobertura estéril em uma ferida, quando necessário, com a finalidade de promover a rápida cicatrização e prevenir contaminação e infecção.

Drenagem torácica: Procedimento cirúrgico necessário para drenagem de coleção gasosa e/ou líquida do espaço pleural. Consiste na inserção de um cateter de polivinil, dreno tubular de silicone ou sonda para aspiração traqueal no espaço pleural por meio de uma incisão na pele na linha axilar anterior ou hemiclavicular acoplado a um sistema fechado.

Enterocolite necrosante: Síndrome clínico-patológica com sinais e sintomas gastrointestinais e sistêmicos, definida como inflamação e necrose sem etiologia definida do intestino do recém-nascido.

Gestação de risco: É aquela que ocorre quando existe qualquer doença materna ou condição sociobiológica que pode prejudicar uma boa evolução.

Injeção intramuscular: Injeção de uma substância diretamente dentro de um músculo, onde fica armazenada em profundidade.

Intubação orotraqueal: Procedimento a de suporte avançado de vida onde o médico, com laringoscópio visualiza a laringe e introduz uma cânula na traqueia. Esse procedimento auxilia a ventilação do paciente, pois possibilita o acesso aos pulmões por meio da utilização de aparelhos ventiladores.

Leito de médio risco: É aquele designado para recém-nascido com quadro clínico estável aguardando alta hospitalar.

Pronga nasal: É um dispositivo de conexão das vias aéreas do paciente, menos invasiva para utilização no modo de assistência ventilatória com pressão positiva contínua.

Punção de calcânhar: Método convencional de coleta de sangue em recém-nascido para teste de triagem para erro inato do metabolismo, análise de glicemia, hematócrito e gasometria. A técnica consiste em aquecimento da face lateral ou medial do calcâneo, assepsia e com uma lanceta ou agulha de insulina puncionar perpendicularmente a região e proceder ao bombeamento delicado do calcânhar para a coleta de gota de sangue. Ao término da coleta pressionar o local da punção com gaze seca e elevar o pé acima do nível do coração até a cessação completa do sangramento.

Punção lombar: Procedimento que consiste da aspiração do líquido cefalorraquidiano (liquor) na medula espinhal, utilizando uma agulha para exame com os objetivos de diagnóstico de infecção meníngea, monitorização da eficácia do tratamento de infecções do sistema nervoso central, pesquisa de hemorragia subaracnóidea e drenagem do liquor para tratamento de hidrocefalia pós-hemorragica.

Punção supra púbica: Procedimento para obtenção de amostra de urina livre de contaminação, que consiste na introdução de uma agulha na sínfise púbica.

Punção arterial: Indica-se essa técnica para coleta de sangue arterial para avaliação gasométrica.

Punção veia: Indica-se essa técnica para coleta de amostra sanguínea para análise laboratorial e infusão de medicação.

Sondagem vesical: É a introdução de uma sonda até a bexiga para retirar a urina. Indicada quando o paciente está impossibilitado de urinar, coleta de urina asséptica para exames, preparo pré-parto, pré-operatório e exames pélvicos como incontinência urinaria.

Traqueostomia: Procedimento cirúrgico no pescoço, que estabelece um orifício artificial na traqueia, abaixo da laringe, indicado em emergência e nas intubações prolongadas.

APÊNDICES

APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**

I. Dados sobre a pesquisa científica:

Título da pesquisa: “*Stress, coping* e cultura organizacional em unidade de terapia intensiva neonatal e suas relações com manejo de dor”

Orientadora: Professora Doutora Sônia Regina Fiorim Enumo

Pesquisador: Sandra Willéia Martins (doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – UFES)

II. Informações sobre o projeto:

Estamos realizando uma pesquisa financiada pelo CNPq/MCT no Hospital Dr. Dório Silva sobre, *stress*, manejo de dor neonatal e as estratégias de enfrentamento de profissionais de saúde da equipe da unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), no contexto de risco ao desenvolvimento durante a hospitalização em UTIN.

Estão sendo selecionados profissionais de nível superior e médio lotados na UTIN, que responderão a duas escalas sobre a percepção do *stress* e estratégias de enfrentamento no ambiente da UTIN e um questionário sobre as concepções e habilidades para reconhecimento e avaliação da dor do neonato, principalmente durante a realização de procedimentos de rotina.

Os critérios de seleção dos participantes serão: pertencer à equipe de profissionais lotados na UTIN e prestar assistência direta ao recém-nascido durante a internação. Não participarão os profissionais afastados por licença de qualquer natureza no período estabelecido para a coleta de dados ou que não assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido.

Esta pesquisa fornecerá informações sobre como avaliam e lidam com os estressores no ambiente de trabalho, possibilitando a elaboração de propostas de intervenção que possam diminuir os efeitos dos estressores na prática profissional.

Os participantes desta pesquisa poderão estar expostos ao cansaço, desconforto pelo tempo gasto no preenchimento dos questionários e relembrar algumas sensações diante do vivido com situações desgastantes. Contudo, não são situações que oferecem riscos emocionais ou físicos.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**

O(a) Senhor(a) pode aceitar ou não participar do estudo, sem quaisquer prejuízos ou penalização, retirando-se da pesquisa a qualquer momento que desejar; mas, sua colaboração será muito importante para ajudar na elaboração de estratégias de melhoria no processo de trabalho em UTIN.

Outros esclarecimentos:

- a) em qualquer momento do andamento do projeto, o(a) Senhor(a) terá direito a quaisquer esclarecimentos em relação ao projeto;
- b) serão mantidos o sigilo e o caráter confidencial das informações obtidas, de forma que a identificação do profissional não será exposta nas conclusões ou publicações do trabalho;
- d) quaisquer recursos ou reclamações poderão ser encaminhados e apresentados à Comissão de Ética em Pesquisa pelo telefone : (27) 3335-7211 www.ccs.ufes.br/cep ou cep@ccs.ufes.br ou CEPHINSG/SESA pelo telefone: (27) 3325-5546 ou CEPHINSG@Yahoo.com.br ou cep@saude.es.gov.br

“Estando assim de acordo, assinam o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias”.

Consentimento:

Eu, _____
RG _____, abaixo assinado tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos, concordo em participar do estudo.
Vitória, ES, ____ de _____ de 20__.

Participante

Responsável pela pesquisa - Professora Doutora Sônia Regina Fiorim Enumo
(PPGP/UFES)

APÊNDICE B



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**

I- Dados sobre a pesquisa científica:

Título da pesquisa: “*Stress, coping* e cultura organizacional em unidade de terapia intensiva neonatal e suas relações com manejo de dor”

Orientadora: Professora Doutora Sônia Regina Fiorim Enumo

Pesquisador: Sandra Willéia Martins (doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – UFES)

II- Informações sobre o projeto:

Estamos realizando uma pesquisa financiada pelo CNPq/MCT no Hospital Dr. Dório Silva sobre *stress*, manejo de dor neonatal e as estratégias de enfrentamento de profissionais de saúde da equipe da unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), no contexto de risco ao desenvolvimento durante a hospitalização em UTIN.

Estão sendo selecionados profissionais de nível superior e médio lotados na UTIN, que responderão a duas escalas de diagnóstico e clima organizacional e participarão de uma entrevista (conforme sorteio), gravada, sobre fatores que facilitam e dificultam o manejo da dor neonatal.

Os critérios de seleção dos participantes serão: pertencer à equipe de profissionais lotados na UTIN e prestar assistência direta ao recém-nascido durante a internação. Não participarão os profissionais afastados por licença de qualquer natureza no período estabelecido para a coleta de dados ou que não assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido.

A pesquisa permitirá verificar como os profissionais avaliam o *stress* e as estratégias de enfrentamento no ambiente da UTIN e as relações com o manejo da dor.

Os participantes desta pesquisa poderão estar expostos ao cansaço, desconforto pelo tempo gasto no preenchimento dos questionários e relembrar algumas sensações diante do vivido com situações desgastantes. Contudo, não são situações que oferecem riscos emocionais ou físicos.

O (a) Senhor (a) pode aceitar ou não participar do estudo, sem quaisquer prejuízos ou penalização, retirando-se da pesquisa a qualquer momento que desejar; mas, sua colaboração será muito importante para ajudar na elaboração de estratégias para melhoria no ambiente de trabalho.

Outros esclarecimentos:

a) em qualquer momento do andamento do projeto, o (a) Senhora (a) terá direito a quaisquer esclarecimentos em relação ao projeto;



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**

b) serão mantidos o sigilo e o caráter confidencial das informações obtidas, de forma que a identificação do profissional não será exposta nas conclusões ou publicações do trabalho;

d) quaisquer recursos ou reclamações poderão ser encaminhados e apresentados à Comissão de Ética em Pesquisa pelo telefone (27) 3335-7211 www.ccs.ufes.br/cep ou cep@ccs.ufes.br ou CEPHINSG/SESA pelo telefone: (27) 3325-5546 ou CEPHINSG@Yahoo.com.br ou cep@saude.es.gov.br

“Estando assim de acordo, assinam o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias”.

Consentimento:

Eu, _____

RG _____, abaixo assinado tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos, concordo em participar do estudo.

Vitória, ES, ____ de _____ de 20__.

Participante

Responsável pela pesquisa - Professora Doutora Sônia Regina Fiorim Enumo
(PPGP/UFES)

APÊNDICE C**Questionário de dados sócios demográficos e funcionais**

Número do protocolo: _____

Data: __/__/____

Horário: início:_____ término:_____

Aplicador: _____

1) Sexo: 1 () feminino 2 () masculino

2) Idade:_____

3) Situação conjugal:()1.casado ()2.solteiro ()3.viúvo ()4.divorciado/separado

4) Nº de filhos:_____

5) Religião. () Sim () Não Qual?_____

6) Tempo de trabalho na instituição:_____

7) Carga horária semanal:_____

8) Tempo de trabalho na unidade:_____

9) Turno de trabalho: ()1.diurno ()2.noturno ()3.diurno/noturno

10) Possui outro emprego? ()1.Sim ()2.Não

11) Recebeu treinamento para atuar na UTIN? ()1.Sim ()2.Não

12) Possui especialização/aperfeiçoamento/mestrado/doutorado?

()1. Sim ()2. Não

Se possui, qual?_____

13) Realiza tratamento de saúde no momento? ()1.Sim ()2.Não

14) Faltas ao trabalho nos últimos 12 meses devido a problemas de saúde:

()1. Sim ()2.Não

Motivo:

()1. Doenças diagnosticadas (efetivamente comprovadas).

() 2. Doenças não diagnosticadas (não comprovadas).

() 3. Razões diversas de caráter familiar.

() 4. Falta voluntária por motivos diversos.

15) Teve experiência dolorosa pessoal ou com familiar? () Sim () Não

APÊNDICE D

Questionário sobre concepção de RNPT, avaliação e manejo da dor

(adaptado de Souza et al., 2006)

I – Concepções sobre RNPT

1) Nas concepções abaixo, marque aquelas que mais se aproximam da sua concepção de RNPT, considerando as diferentes faixa de peso de nascimento (PN):

	PN <1000 g	PN 1000-1500 g	PN 1500-2499 g	PN > 2500 g
1 é uma criança diferente				
2 é uma doença de tratamento difícil				
3 é um ser incompleto				
4 é um ser imaturo				
5 é uma “fruta verde”				
6 dependente da assistência médica				
7 é indefeso				
8 incapaz de interagir com o ambiente				
9 não sente dor				

II – Concepções sobre dor neonatal

1) Assinale as características de um recém-nascido (RN) RNPT com dor?

☐ 1. choro	☐ 2. recusa do peito	☐ 3. agitação	☐ 4. fica muito quieto
☐ 5. boca aberta	☐ 6. olhos espremidos	☐ 7. boca estirada	☐ 8. fronte saliente
☐ 9. sulco naso-labial aprofundado	☐ 10. língua tensa	☐ 11. protrusão da língua	☐ 12. tremor do queixo

2) Você acha importante tratar a dor do RN RNPT?

☐ 1. Sim ☐ 2. Não

III – Avaliação da dor neonatal

1) Você conhece algum instrumento/escala para avaliação da dor RN RNPT?

☐ 1. Sim ☐ 2. Não Cite _____

2) A exposição a procedimentos dolorosos durante a internação na UTIN pode interferir no desenvolvimento do RN RNPT a curto ou longo prazo?

☐ 1. Sim ☐ 2. Não

3) No seu local de trabalho, o RN RNPT recebe algum tipo de analgesia durante a realização de procedimento invasivo?

☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 3. Às vezes

IV Fatores que influenciam o manejo de dor

1) Assinale em quais condições que você aplica medidas de alívio de dor, conforme escala abaixo:

0 nunca	1 raramente	2 frequentemente	3 geralmente	4 sempre
---------	-------------	------------------	--------------	----------

- () 1. RN com diagnóstico de malformações
 () 2. RN com diagnóstico de sepse
 () 3. RN com diagnóstico de broncodisplasia
 () 4. RN com diagnóstico de cardiopatia
 () 5. RN com diagnóstico de neuropatia
 () 6. RN com diagnóstico de enterocolite
 () 7. RN com diagnóstico de hemorragia intracraniana
 2) Assinale em qual RN você considera difícil aplicar medidas de alívio de dor:
 () 1. Quando o RN é muito “chorão”
 () 2. Quando RN é muito agitado
 () 3. Quando o RN é muito quieto
 () 4. Quando o RN é muito irritadiço
 () 5. Quando o RN é de difícil consolo
 3) Cite as características do RN que facilita a aplicação de medidas de alívio de dor
-
-
-

V – Manejo da dor em procedimentos invasivos (adaptado de Porter et al., 1997; Stevens et al., 2011)

1) Na sua prática diária, como você avalia a realização dos procedimentos relacionados abaixo, conforme a escala:

0 = sem estresse; 2 = pouco estressante; 4 = muito estressante

- () 1. aspiração oral ou nasal
 () 2. retirada de venóclise periférica
 () 3. retirada de sondagem vesical
 () 4. retirada de sondagem gástrica
 () 5. retirada de cateter venoso central
 () 6. punção de calcanhar
 () 7. aspiração traqueal
 () 8. retirada do tubo endotraqueal
 () 9. retirada de curativo
 () 10. sondagem gástrica
 () 11. aspiração de traqueostomia
 () 12. punção venosa e/ou arterial
 () 13. sondagem vesical
 () 14. punção supra púbica
 () 15. intubação traqueal
 () 16. drenagem torácica
 () 17. inserção picc
 () 18. punção lombar
 () 19. injeção intramuscular

() 20. cateterismo umbilical

2) Pense sobre a intensidade da dor experimentada pelo recém-nascido para o mesmo estímulo doloroso e compare com a dor do adulto e identifique:

0 = o recém-nascido sente menos dor que o adulto;

2 = o recém-nascido sente a mesma dor que o adulto;

4 = o recém-nascido sente mais dor que o adulto.

Para as questões abaixo, escreva o número correspondente à comparação da dor do RN em relação aos adultos, nos seguintes procedimentos:

- () 1.aspiração oral ou nasal
- () 2. retirada de venóclise periférica
- () 3.retirada de sondagem vesical
- () 4. retirada de sondagem gástrica
- () 5.retirada de cateter venoso central
- () 6.punção de calcânhar
- () 7. aspiração traqueal
- () 8. retirada do tubo endotraqueal
- () 9. retirada de curativo
- () 10. sondagem gástrica
- () 11. aspiração de traqueostomia
- () 12. punção venosa e/ou arterial
- () 13. sondagem vesical
- () 14. punção supra púbica
- () 15. intubação traqueal
- () 16. drenagem torácica
- () 17. inserção PICC
- () 18. punção lombar
- () 19. injeção intramuscular
- () 20. cateterismo umbilical

3) Escreva o número que corresponda à sua opinião em relação ao grau de dor em cada um desses procedimentos, conforme a escala:

0 = não doloroso; 1 = um pouco doloroso; 2 = moderadamente doloroso;

3 = muito doloroso; 4 = extremamente doloroso

- () 1. aspiração oral ou nasal
- () 2. retirada de venóclise periférica
- () 3.retirada de sondagem vesical
- () 4. retirada de sondagem gástrica
- () 5.retirada de cateter venoso central
- () 6.punção de calcânhar
- () 7. aspiração traqueal
- () 8. retirada do tubo endotraqueal
- () 9. retirada de curativo
- () 10. sondagem gástrica
- () 11. aspiração de traqueostomia
- () 12. punção venosa e/ou arterial
- () 13. sondagem vesical
- () 14. punção supra púbica
- () 15. intubação traqueal
- () 16. drenagem torácica
- () 17. inserção PICC
- () 18. punção lombar

- ☐ 19. injeção intramuscular
- ☐ 20. cateterismo umbilical

4) Considere qual a frequência com que cada procedimento é realizado com analgesia ou anestesia e/ou com medida de alívio não-farmacológica, na sua prática profissional, conforme a escala abaixo:

0 = nunca; 1 = raramente; 2 = frequentemente; 3 = geralmente; 4 = sempre

- ☐ 1.aspiração oral ou nasal
- ☐ 2. retirada de venóclise periférica
- ☐ 3.retirada de sondagem vesical
- ☐ 4. retirada de sondagem gástrica
- ☐ 5. retirada de cateter venoso central
- ☐ 6. punção de calcanhar
- ☐ 7. aspiração traqueal
- ☐ 8. retirada do tubo endotraqueal
- ☐ 9. retirada de curativo
- ☐ 10. sondagem gástrica
- ☐ 11. aspiração de traqueostomia
- ☐ 12. punção venosa e/ou arterial
- ☐ 13. sondagem vesical
- ☐ 14. punção supra púbica
- ☐ 15. intubação traqueal
- ☐ 16. drenagem torácica
- ☐ 17. inserção PICC
- ☐ 18. punção lombar
- ☐ 19. injeção intramuscular
- ☐ 20. cateterismo umbilical

5) Avalie qual a frequência com que você acredita que cada procedimento deveria ser realizado com analgesia ou anestesia e/ou com medidas de alívio não-farmacológicas, conforme a escala abaixo:

0 = nunca; 1 = raramente; 2 = frequentemente; 3 = geralmente; 4 = sempre

- ☐ 1.aspiração oral ou nasal
- ☐ 2. retirada de venóclise periférica
- ☐ 3.retirada de sondagem vesical
- ☐ 4. retirada de sondagem gástrica
- ☐ 5.retirada de cateter venoso central
- ☐ 6.punção de calcanhar
- ☐ 7. aspiração traqueal
- ☐ 8. retirada do tubo endotraqueal
- ☐ 9. retirada de curativo
- ☐ 10. sondagem gástrica
- ☐ 11. aspiração de traqueostomia
- ☐ 12. punção venosa e/ou arterial
- ☐ 13. sondagem vesical
- ☐ 14. punção supra púbica
- ☐ 15. intubação traqueal
- ☐ 16. drenagem torácica
- ☐ 17. inserção PICC
- ☐ 18. punção lombar
- ☐ 19. injeção intramuscular
- ☐ 20. cateterismo umbilical

APÊNDICE E

Roteiro de entrevista sobre concepção de RNPT, a dor neonatal, *stress* e *coping* ocupacional e ambiente da UTIN

I – Concepção de RNPT

1. Como você descreveria o RNPT? Fale sobre a sua opinião sobre o RNPT
2. O que é ser imaturo para você? O RNPT é sempre imaturo? Imaturidade é sinônimo de prematuridade?
3. Para você qual a razão do RNPT com peso igual ou maior que 2500 gramas não ser reconhecido como imaturo?

II – A dor neonatal

4. Você considera a dor o quinto sinal vital?
5. RNPT sente dor? Como você avalia a dor do RNPT
6. O RNPT quieto pode estar sentindo dor?
7. Qual a sua opinião sobre as medidas de alívio da dor na UTIN?
8. A analgesia nos procedimentos invasivos é rotina na UTIN?
9. O que você acha que pode melhorar as medidas de alívio da dor na UTIN?
10. Em sua opinião qual o procedimento mais e menos doloroso na UTIN?
11. Por que a drenagem torácica é o procedimento que mais se realiza analgesia?
12. Quais são as consequências da dor no desenvolvimento futuro do RNPT?

III – Estresse e *Coping* ocupacional

13. Cite as atividades que mais te estressa na sua prática profissional. No seu trabalho na UTIN o que mais te deixa estressado?
14. Cuidar do RNPT é uma atividade estressante para você?
15. Como você enfrenta (lida) com stress no trabalho?

IV – Ambiente da UTIN

16. Como você descreveria a organização e o funcionamento da UTIN?

APÊNDICE F

Rev Dor. São Paulo, 2013 jan-mar;14(1):21-6

ORIGINAL ARTICLE

Pain assessment and control by nurses of a neonatal intensive care unit*

Avaliação e controle da dor por enfermeiras de uma unidade de terapia intensiva neonatal

Sandra Willéia Martins¹, Fernanda Silva Dias², Sônia Regina Fiorim Enumo³, Kely Maria Pereira de Paula⁴

* Received from the Federal University of Espírito Santo (UFES). Vitória, ES.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Pain is frequent during hospitalization of premature neonates (PNN) in neonatal intensive care units (NICU) and is caused by routine invasive procedures. This study aimed at identifying and analyzing pain conceptions and management by nurses during nine routine invasive procedures in a NICU of a teaching hospital.

METHOD: This was a descriptive study with nine nurses working from one to nine years in NICUs, who answered an adapted questionnaire with 13 open and closed questions about pain conceptions. Answers went through descriptive and content statistical analysis.

RESULTS: Nurses acknowledged PNNs ability to feel pain and the importance of pain control to minimize children's development risks. Pain was primarily evaluated by behavioral indicators, such as weeping, facial mimics and motor activity. Routine procedures were considered *from moderate to extremely painful*, such as venous/arterial puncture and chest drainage; however they used to be carried out without adequate relief measures.

CONCLUSION: Although acknowledging that PNNs feel pain and that invasive procedures are painful, nurses considered that pain relief measures were still inadequate. Qualification in pain control is critical for professionals to act as a source of resources to protect future children's development.

Keywords: Neonatal intensive care unit, Neonatal nursing, Nursing care, Pain management, Pain measurement.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A dor é uma presença constante durante a internação de recém-nascido prematuro (RNPT) em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) pela necessidade de realização de procedimentos invasivos de rotina. O objetivo deste estudo foi identificar e analisar as concepções e o manuseio da dor por enfermeiras durante nove procedimentos invasivos de rotina em uma UTIN de um hospital universitário.

MÉTODO: Realizou-se um estudo descritivo com a participação de nove enfermeiras, com um a nove anos de trabalho em UTIN, que responderam um questionário adaptado, contendo 13 questões abertas e fechadas sobre as concepções, avaliação e o manuseio da dor. As respostas passaram por análise estatística descritiva e de conteúdo.

RESULTADOS: As enfermeiras reconheceram a capacidade do RNPT de sentir dor e a importância do controle para amenizar os riscos no desenvolvimento infantil. A dor era avaliada, principalmente pelos indicadores comportamentais, como choro, mímica facial e atividade motora. Os procedimentos de rotina foram considerados como *moderados a extremamente dolorosos*, como a punção venosa/arterial e a drenagem torácica, mas, costumavam ser realizados sem medidas de alívio adequadas.

CONCLUSÃO: Apesar do reconhecimento de que o RNPT sente dor e que os procedimentos invasivos são dolorosos, as enfermeiras consideraram que as medidas de alívio de dor ainda não eram realizadas de maneira adequada. A capacitação na área de controle da dor é fundamental para que o profissional possa atuar como uma fonte de recursos protetores ao desenvolvimento infantil posterior.

Descritores: Cuidados de Enfermagem, Enfermagem neonatal, Manuseio da dor, Medição da dor, Unidade de terapia intensiva neonatal.

INTRODUCTION

Survival and hospitalization in the neonatal period, especially for premature neonates (PTNN), imply going through, in average, 16 potentially painful procedures per day¹, performed during the hospitalization period in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). This situation remains, even with current sophistication of therapeutic resources. In spite of this high frequency of painful procedures, analgesia is not a routine for neonates (NN), being even ignored as even denied². Part of this situation is due to the fact that NN pain is seen as inevitable during neonatal treatment³.

1. Neonatologist of the Teaching Hospital Cassiano Antonio de Moraes, Doctorate Student of the Post-Graduation Program in Psychology, Federal University of Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brazil.

2. Psychologist, Federal University of Espírito Santo, Vitória, ES, Brazil.

3. Doctor Professor of the Post-Graduation Program in Psychology, Catholic University of Campinas, SP, Brazil. Cooperator Professor of the Post-Graduation Program in Psychology, Federal University of Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brazil.

4. Doctor Professor of the Department of Social Psychology and Development and of the Post-Graduation Program in Psychology, Federal University of Espírito Santo, Vitória, ES, Brazil.

Submitted in October 15, 2012.

Accepted for publication in January 31, 2013.

Sponsoring sources: CNPq/MCT (grants for research Proc. n.4184/2009-8, scholarship in research productivity level 1B for the third author; scientific initiation scholarship for the second author).

Correspondence to:

Sandra Willéia Martins, M.D.

Avenida Hugo Viola, 685/ 303 - Jardim da Penha

29060-420 Vitória, ES.

E-mail: sandrawmartins@uol.com.br

APÊNDICE G

Clima organizacional e suas influências no manejo de dor neonatal¹⁵

Sandra Willéia Martins¹,

Mariana Spelta Cruzeiro²,

Kely Maria Pereira de Paula⁴

Sônia Regina Fiorim Enumo³

A taxa de sobrevivência do recém-nascido RNPT (RNPT) tem aumentado consideravelmente nas últimas décadas, em consequência dos avanços alcançados no cuidado intensivo com o advento da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Em países desenvolvidos, como no Japão a sobrevida de neonatos entre 22-23 semanas de idade gestacional e aqueles com peso de nascimento menos que 500 gramas alcançou altos índices no final dos anos 90 (Ozawa & Yokoo, 2013). Os dados estatísticos no Brasil, referente ao ano de 2008, mostraram um índice de 6,7% de nascimento RNPT (Ministério d Saúde, 2010).

A condição clínica do RNPT implica em cuidados intensivos com um período de hospitalização de várias semanas ou meses, no qual o neonato fica exposto a um ambiente caracterizado por estimulação excessiva e constante. Os estímulos incluem exposição à luminosidade e barulho intensos, doenças agudas e crônicas, separação da mãe e familiares, manuseio excessivo, múltiplas medicações aliados a um grande número de procedimentos terapêuticos e de diagnóstico dolorosos e repetitivos (Grunau, Holsti & Peters, 2006,).

Atualmente as pesquisas evidenciam que nesse ambiente, a dor repetitiva e prolongada pode acarretar sérias sequelas ao desenvolvimento do RNPT a curto e em longo prazo, incluindo desde mudanças fisiológicas e comportamentais, alteração da sensibilidade dolorosa e dificuldade de aprendizagem (Ananda, Stevens & Mcgrath, 2007; Buttha et al., 2002; Linhares & Doca, 2010).

Apesar do grande conhecimento adquirido sobre a fisiologia da dor, o desenvolvimento de instrumentos de avaliação da dor para neonatos e a existência de vários consensos e diretrizes baseadas em evidencia sobre estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o manejo da dor neonatal, há uma grande falha entre o conhecimento teórico e a prática por parte dos profissionais de saúde (PS) (Chermont, 2003; Guinsburg, 1999).

¹⁵ Martins, S. W., Cruzeiro, M. S., Paula, K. M. P., Enumo, S. R. F. (2013) . Clima Organizacional e sua Influência no Manejo da Dor Neonatal. In A. Garcia, M. D. C. Macedo, & T. A. Nunes (Orgs.), *Relações Interpessoais e Saúde* (pp. 154-164). Vitória: UFES. (ISBN 978-85-8087-116-6).

O RNPT ainda não recebe medidas de analgesia adequadas e efetivas, principalmente durante a realização dos procedimentos invasivos de rotina (Codipietro, Bailo, Nangeroni, Ponzzone & Grazia, 2011). Na UTIN a dor é subestimada e consequentemente o seu tratamento é inadequado, situação que tem gerado muitas pesquisas com objetivo de compreender os fatores que facilitam ou dificultam o manejo de dor visando uma assistência adequada ao neonato internado (Cignacco et al., 2008, Lélis et al., 2011; Potter et al., 1997).

A despeito do avanço das pesquisas no campo da saúde, pouco se tem investigado sobre a dor como estressor no ambiente da UTIN ou sobre as crenças, estratégias de enfrentamento e conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil ou, ainda, sobre os comportamentos da equipe de profissionais diante do RN doente (Ramos, Enumo, Paula & Vicente, 2010).

Ao aspectos socioculturais no ambiente hospitalar podem influenciar

Em relação ao ambiente e organização da UTIN, um conceito útil é o de “cultura organizacional”, ou seja, padrão de concepções comuns adotadas por um grupo, desenvolvidas por histórias, experiências e aprendizagens compartilhadas. A cultura organizacional “[...] *determina como os membros do grupo percebem, pensam, sentem e se comportam em relação a problemas específicos, e provê um senso de significado, estabilidade e conforto*” (Stevens et al., 2011). Para abordagem da cultura organizacional é necessário conhecer as categorias de manifestação como os valores, os rituais, os símbolos e os heróis. Os valores básicos culturais podem ser identificados pelo comportamento e reforçados pelas práticas executadas dos membros da organização (Maciel, 2006). As práticas referem-se à parte visível da cultura e são responsáveis pelo planejamento das mudanças.

Para melhor entendimento da influência da cultura no ambiente da UTIN, outro conceito importante a ser considerado é o de clima organizacional. Este reflete uma manifestação de superfície da cultura. Ele pode ser entendido sob a forma de como a organização é percebida pelos seus membros (Machado, Kurcgant, 2004).

A pesquisa do clima organizacional identifica e avalia atitudes e padrões de comportamentos com objetivo de orientar as políticas de ação e investir na correção de problemas de relacionamentos e no plano motivacional dos integrantes. O clima organizacional reflete o estado de espírito ou de animo das pessoas em um determinado período no ambiente de trabalho (Luz, 1996).

Na literatura atual poucas pesquisas têm como temática a influência da cultura e do clima organizacional no comportamento de avaliação e tratamento da dor pelos profissionais de saúde.

O Canadian Neonatal Network é um grupo multidisciplinar de pesquisadores, médicos e administradores de 30 UTINs e 16 universidades canadenses que conduzem pesquisas colaborativas baseadas em evidências com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência à saúde dos recém-nascidos. A ênfase das pesquisas se baseia *knowledge translation*¹⁶ que constitui uma abordagem integrada que combina metodologia de pesquisa com prática clínica e gestão experiente para identificar, buscar soluções, executar e avaliar os problemas de saúde dos neonatos.

Com base *Canadian Neonatal Network EPIC Study Group, Stevens et al. (2011)* avaliaram o grau de influência do contexto, entendido como a cultura organizacional, em relação à estrutura, recursos, competências e capacidades, e quanto às diretrizes no ambiente da UTIN para o desenvolvimento de práticas baseadas em evidências para manejo da dor no RN. Por meio, de uma abordagem descritiva qualitativa, utilizando entrevista semiestruturada, com grupo focal de 147 profissionais de UTIN do Canadá, os autores concluíram que elementos do ambiente organizacional podem influenciar como facilitadores ou como barreiras para as mudanças necessárias ao manejo da dor adequado.

A cultura de colaboração entre os PS e o apoio à prática baseada em evidência foram descritos como elementos facilitadores à mudança. A cultura de colaboração foi caracterizada pela abertura às contribuições de todos os membros da equipe, o respeito pelos conhecimentos de cada profissional, a tomada de decisões conjunta, o objetivo comum de melhorar os resultados clínicos e a troca de experiências e informações com os familiares dos neonatos (colaboração centrada na família). O apoio a prática baseada em evidências foi entendido como a utilização de protocolos e instrumentos validados e padronizados de avaliação e tratamento da dor, enfatizando o uso de analgesia efetiva, principalmente, no pós-operatório e nos procedimentos invasivos de rotina.

No estudo de Stevens et al. (2011) as ameaças à tomada de decisão independente e a complexidade da assistência neonatal foram identificados como elementos de barreira a prática do manejo da dor. As ameaças foram descritas em termos de relações hierárquicas que limitam a autonomia profissional nas tomadas de decisões finais e as práticas de manejo de dor inconsistentes baseadas em preferências individuais. A dificuldade de codificação e decodificação da dor no lactante pré-verbal pelo profissional de saúde é exemplo claro da complexidade da assistência no período neonatal.

Para que haja uma melhora no manejo de dor na UTIN, é necessário um reconhecimento do clima organizacional, considerando a influência de variáveis particulares

¹⁶ No texto usaremos o termo em inglês, pois não encontramos uma tradução adequada para na língua portuguesa.

individuais e grupais, como por exemplo, motivação, relações interpessoais, rotatividade de profissionais, padrão de comunicação e estilos de liderança.

Para atingir o objetivo de identificar o clima organizacional e sua influência no manejo de dor, foi realizado um estudo de enfoque preventivo, de caráter exploratório, descritivo quantitativo com o intuito de realizar um diagnóstico organizacional de uma UTIN.

A amostra não probabilística foi constituída por 20 profissionais de saúde (PS), sendo 10 médicos e 10 enfermeiros. Os dados foram coletados em uma UTIN de um hospital universitário localizado no município de Vitória/ ES, que conta com 20 leitos destinados assistência médica e de enfermagem para neonatos de alto risco ao nascimento.

O instrumento de coleta de dados aplicado foi *Questionário de Diagnóstico Organizacional* (Krausz, 1994) que analisa indiretamente a cultura de uma organização pela avaliação do clima organizacional, levantando as condições gerais em doze áreas verificando o grau de permeabilidade a intervenções que tem como objetivo introduzir um processo de mudança planejada e diagnosticar dentre as áreas, aquelas que apresentam maior resistência.

É composto por doze perguntas abrangendo as seguintes áreas: relações interpessoais; padrões de relacionamento; relações intergrupais; padrões de comunicação; canais de comunicação; estilos de liderança; planejamento; resolução de problemas; trabalho em equipe; clima organizacional; e motivação. Este instrumento foi utilizado com intuito de compreender as concepções comuns dos profissionais quanto ao ambiente da UTIN e avaliar suas condições para a possibilidade de mudanças necessárias para melhorar o manejo da dor.

A pontuação é dada pelas médias das respostas a cada uma das áreas e as pontuações das médias resultam em quatro tipos de cultura/clima organizacional: 1) organização caótica (CAOS) caracterizada pelo baixo nível de integração entre as áreas, níveis hierárquicos, pessoas e atividades; 2) resistente a mudanças (RES) as pessoas defendem a manutenção do “status quo”; 3) consciente da necessidade de mudanças (MUD) as pessoas tem consciência de que a organização precisa de mudanças, mas não tem clara noção de como, do quê e do quando mudar; e 4) aberta a mudanças (ABE) há flexibilidade e abertura para a mudança, vista como um processo natural de ajustamento às condições do mercado e como uma forma de aperfeiçoamento constante e busca de eficácia e qualidade dos resultados.

Os dados foram coletados após aprovação pelo Comitê de Ética da instituição (nº. 232/11) no período de novembro de 2011 a janeiro 2012, em aplicação individualizada para os médicos e enfermeiros que concordaram em participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta ocorreu no próprio ambiente de UTIN e em horários diversificados (predominantemente nos horários de plantão).

A interpretação dos resultados foi feita em função das áreas de concentração das escolhas por coluna em cada uma das doze áreas analisadas.

Todos os 10 enfermeiros entrevistados eram do sexo feminino, sendo que cinco tinham entre 20 e 30 anos de idade. Sete das enfermeiras eram casadas e quatro relataram não possuir filhos. Quatro delas trabalhavam no hospital há mais de 6 anos. Nove enfermeiras relataram ter recebido treinamento ao ingressarem na UTIN, e oito tinham curso de pós-graduação. Cinco enfermeiras também trabalhavam em outro local.

A amostra dos médicos era predominantemente do sexo feminino (nove), sendo que cinco tinham entre 20 e 30 anos de idade. Oito médicos eram casados e, em sua maioria, não tinham filhos. Seis relataram atuar no hospital há mais de seis anos. Todos relataram ter recebido treinamento ao ingressar na UTIN, e oito tinham curso de pós-graduação. Cinco trabalhavam em outro local.

Podemos inferir, pelos dados obtidos, uma alta percepção de necessidade de mudanças, especialmente no clima organizacional, no estilo de liderança e na motivação. As áreas percebidas como mais caóticas foram os padrões de comunicação e o processo de tomada de decisões; já as relações intergrupais foram as mais resistentes a mudanças.

Os padrões de comunicação foram avaliados como deficientes, sendo a comunicação esporádica e incompleta, ocasionando perda de informações importantes; mas, os canais de comunicação foram classificados como abertos.

Os estilos de liderança caracterizam-se por consultivos, ou seja, as opiniões são aceitas, mas as decisões cabem à cúpula, tanto que o processo de tomada de decisão foi avaliado como um fator de desordem organizacional. As decisões são tomadas em função dos acontecimentos, mas sem clareza ou coerência.

O planejamento foi classificado como parcial, pois se planeja apenas em dados já existentes e disponíveis, o que pode sinalizar a falta de preparo para situações novas que possam surgir. As soluções de problemas foram classificadas como oportunistas, no sentido de serem realizadas somente quando surge uma oportunidade para fazê-lo.

Assim, o clima organizacional da UTIN foi classificado como instável, havendo uma insatisfação com o *status quo*, todavia, os profissionais não sabem o que fazer para mudar.

Por fim, a motivação aparece como classificada como média, aceitam-se sugestões de mudança, mas boa parte das pessoas procura manter a rotina.

O trabalho em equipe e os canais de comunicação foram às áreas mais abertas a mudanças.

O trabalho identificou a “necessidade de mudança”, devido a pouca satisfação com o clima organizacional, com o estilo de liderança e motivação. Os PS percebem-se como uma equipe que tem falhas na comunicação e na tomada de decisões. As relações intergrupais foram apontadas como a mais difícil para mudança. O clima instável da UTIN representa um fator de dificuldade a mudanças que são necessárias para um manejo adequado da dor.

Considerações finais

Os dados sobre o clima organizacional se constitui em importante aspecto que devem ser considerados em futuras proposições para a melhoria no manejo da dor, visando o aumento da analgesia na realização de procedimentos invasivos rotineiros no RNPT. Na medida em que são modificados os fatores de estresse ocupacional, a satisfação e a motivação na realização do trabalho o clima organizacional da UTIN permitirá as mudanças necessárias para um manejo de dor adequado.

Os dados aqui obtidos também visam contribuir para uma melhor compreensão da realidade da UTIN, propondo reflexão e análise crítica sobre a mesma.

Referências Bibliográficas

- Anand, K. J. S., Stevens, B. J., Mcgrath, P. J. (2007). *Pain in neonates and infants*. London: Elsevier.
- Azawa, M. & Yokoo, K. (2013). Pain management of neonatal intensive care units in japan. *Acta Paediatrica*, 102, 366-372.
- Chermont, A.G. et al.(2003). O que os pediatras conhecem sobre avaliação e tratamento da dor no recém-nascido? *Jornal de Pediatria*, 79(3), 265-272.
- Cignacco, E., Hamers, J. P., Stoffel, L., Lingen, R. A., Gessler, P., McDougall, J., & Nelle, M. (2007). The efficacy of non-pharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates. A systematic literature review. *European Journal of Pain*, 11, 139-152. doi: 10.1016/j.ejpain.2006.02.010.
- Codipietro, L., Bailo, E., Nangeroni, M., Ponzzone, A., & Grazia, G. (2011). Analgesic techniques in minor painful procedures in neonatal units: a survey in northern Italy. *Pain Practice*, 11(2), 154-159.
- Ferreira, M. C. et al. (2002). Desenvolvimento de um instrumento brasileiro para avaliação da cultura organizacional. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 7(2), 271-280.
- Guinsburg, R. (1999) Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. *Jornal de Pediatria*, 75(3), 149-160.
- Grunau, R.E.; Holsti, L., Peters, J.W.B. (2006)Long-term consequences of pain in human neonates. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 11(4), 268-275.

- Krausz, R. R. (1994). *Diagnóstico organizacional: Forma I e Forma II - manual de aplicação e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Laranjeira, C. A. (2009) O contexto organizacional e a experiência de stress: Uma perspectiva integrativa. *Revista de Salud Pública*, 11(1), 123-133.
- Lélis, A. P. A et al. (2011). Cuidado humanístico e percepções de enfermagem diante da dor do recém-nascido. *Escola Anna Nery*, 15, 695.
- Linhares, M. B. M., Doca, F. N. P. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenção não farmacológicas. *Temas em Psicologia*, 18(2), 307-325.
- Lucena, L. M. (2008) *Diagnóstico da cultura organizacional em hospitais da rede privada de Natal*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN.
- Luz, R. S. (1996). *Clima Organizacional*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Machado, V. B., Kurcgant, P. (2004). O processo de formação de cultura organizacional em um hospital filantrópico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(3), 280-287.
- Maciel, R. H. (Org.) (2006). *Cultura organizacional dos estabelecimentos de saúde no âmbito do SUS no Ceará: Relatório final*. Fortaleza: Observatório de Recursos Humanos em Saúde Estação CETREDE/UFC/UECE.
- Ministério da Saúde. DATASUS. (2010). *Caderno de informação de saúde – versão de maio/2009*. Recuperado em 27 de agosto de 2013 de: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm> cadernos.
- Pinheiro, F. A., Tróccoli, B. T., Tamayo, M. R. (2003). Mensuração de Coping no Ambiente Ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(2), 153-158.
- Porter, F. L. et al. (1997) Pain and pain management in newborn infants: A survey of physicians and nurses. *Pediatrics*, 100(4), 626-632.
- Ramos, F. P., Enumo, S. R. F.; Paula, K. M. P., Vicente, S. C. R. M. (2010). Concepções de funcionários de UTIN sobre competências desenvolvimentais de recém-nascidos. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12(2), 144-157.
- Silva, N., Zanelli, J. C. (2004). Cultura Organizacional. In A. J. Borges-Andrade, J. C. Zanelli (Orgs.). *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil* (pp. 407-442). Porto Alegre: Artmed.
- Stevens, B. et al. (2011). The influence of context on pain practices on NICU: perceptions of health care professionals. *Qualitative Health Research*, 21(6), 757-770.
- William, E. S., Manwell, L. B., Kornrad, T. R., Linzer, M. (2007). The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: Results from the MEMO study. *Rev Health Care Manag*, 32(3), 203-212.

APÊNDICE H

Dados completos sobre a dor em procedimentos invasivos de rotina

Tabela H1. *Grau de dor neonatal em procedimentos invasivos, segundo profissionais de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (N= 84)*

Procedimento		Médico (n = 21)	Enfermeiro (n = 14)	Técnico (n = 49)	Média Geral	*p-valor
Drenagem torácica	Mediana	4,00	---	4,00	4,00	---
	Mín.	2,00		1,00	1,00	
	Máx.	4,00		4,00	4,00	
	Q1	4,00		3,00	4,00	
	Q3	4,00		4,00	4,00	
Punção suprapúbica	Mediana	4,00	---	4,00	4,00	*0,01
	Média	3,29		3,45	3,50	
	SD	0,90		0,77	0,77	
	Mínimo	1,00		1,00	1,00	
	Máximo	4,00		4,00	4,00	
	Q1	3,00		3,00	3,00	
	Q3	4,00		4,00	4,00	
Intubação orotraqueal	Mediana	3,00	4,00	4,00	4,00	0,20
	Média	3,14	3,64	3,26	3,29	
	SD	0,91	0,63	0,99	0,92	
	Mínimo	1,00	2,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	3,00	3,00	3,00	3,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	
Punção lombar	Mediana	3,00 ^b	4,00 ^a	4,00 ^a	4,00	*0,03
	Média	3,05	3,71	3,49	3,41	
	SD	0,97	0,61	0,75	0,82	
	Mínimo	1,00	2,00	1,00	1,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,50	3,75	3,00	3,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	
Punção veia/artéria	Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00	0,16
	Média	3,19	3,79	3,49	3,46	
	SD	1,03	0,43	0,69	0,77	
	Mínimo	1,00	3,00	1,00	1,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,50	3,75	3,00	3,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	
Sondagem vesical	Mediana	2,00 ^c	3,00 ^a	3,00 ^b	3,00	*0,03
	Média	2,52	3,29	2,60	2,70	
	SD	0,87	0,73	0,97	0,94	
	Mínimo	1,00	2,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,00	3,00	2,00	2,00	
	Q3	3,00	4,00	3,00	3,00	

Procedimento		Médico (n = 21)	Enfermeiro (n = 14)	Técnico (n = 49)	Média Geral	*p-valor
Injeção intramuscular	Mediana	3,00	4,00	3,00	3,00	0,11
	Média	2,95	3,50	3,09	3,12	
	SD	0,97	0,76	0,78	0,84	
	Mínimo	1,00	2,00	1,00	1,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,00	3,00	3,00	3,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	
Aspiração da traqueostomia	Mediana	3,00 ^b	3,50 ^a	2,00 ^c	3,00	*0,03
	Média	2,57	3,29	2,36	2,57	
	SD	0,87	0,83	1,17	1,09	
	Mínimo	1,00	2,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,00	2,75	2,00	2,00	
	Q3	3,00	4,00	3,00	3,25	
Aspiração traqueal	Mediana	3,00 ^b	4,00 ^a	3,00 ^b	3,00	*0,02
	Média	2,67	3,43	2,53	2,72	
	SD	0,86	0,94	1,20	1,11	
	Mínimo	1,00	1,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,00	3,00	2,00	2,00	
	Q3	3,00	4,00	4,00	4,00	
Inserção do PICC	Mediana	3,00 ^b	4,00 ^a	3,00	3,00	*0,04
	Média	3,10	3,64	3,34	3,33	
	SD	0,70	0,63	0,64	0,67	
	Mínimo	2,00	2,00	1,00	1,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	3,00	3,00	3,00	3,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	
Cateterismo umbilical	Mediana	2,00	2,00	2,00	2,00	0,08
	Média	1,67	2,43	2,36	2,20	
	SD	1,32	1,45	1,15	1,27	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	0,50	1,75	2,00	1,75	
	Q3	2,00	4,00	3,00	3,00	
Retirada de curativo	Mediana	2,00	2,00	2,00	2,00	0,32
	Média	1,95	2,43	1,91	2,01	
	SD	1,02	1,09	0,93	0,99	
	Mínimo	0,00	1,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	1,00	1,75	1,00	1,00	
	Q3	2,50	3,25	3,00	3,00	
Retirada de venóclise	Mediana	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00
	Média	1,76	1,71	1,70	1,72	
	SD	0,89	0,99	0,98	0,95	
	Mínimo	1,00	0,00	0,00	0,00	

	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	1,00	1,00	1,00	1,00	
	Q3	2,00	2,00	2,00	2,00	
Procedimento		Médico (n = 21)	Enfermeiro (n = 14)	Técnico (n = 49)	Média Geral	*p-valor
Retirada do PICC	Mediana	2,00	2,00	2,00	2,00	0,37
	Média	2,10	1,64	2,04	1,99	
	SD	0,94	1,01	0,95	0,96	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,0	3,00	4,00	4,00	
	Q1	1,50	1,00	1,00	1,00	
	Q3	3,00	2,25	3,00	3,00	
Retirada TOT	Mediana	2,00	2,50	2,00	2,00	0,13
	Média	2,00	2,71	2,09	2,17	
	SD	0,84	0,99	1,28	1,15	
	Mínimo	1,00	1,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	1,50	2,00	1,00	2,00	
	Q3	2,00	4,00	3,00	3,00	
Retirada da sonda vesical	Mediana	1,00	2,00	2,00	2,00	0,19
	Média	1,52	2,00	1,72	1,72	
	SD	0,81	0,78	0,97	0,91	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	3,00	3,00	4,00	4,00	
	Q1	1,00	2,00	1,00	1,00	
	Q3	2,00	2,25	2,00	2,00	
Colocação da sonda gástrica	Mediana	1,00 ^c	3,00 ^a	2,00 ^b	2,00	**0,00
	Média	1,57	2,64	1,64	1,79	
	SD	0,93	0,93	0,90	0,98	
	Mínimo	0,00	1,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	1,00	2,00	1,00	1,00	
	Q3	2,00	3,00	2,00	2,00	
Retirada da sonda gástrica	Mediana	1,00	2,00	2,00	2,00	0,19
	Média	1,29	1,79	1,49	1,49	
	SD	0,78	0,70	1,02	0,92	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	3,00	3,00	4,00	4,00	
	Q1	1,00	1,75	1,00	1,00	
	Q3	2,00	2,00	2,00	2,00	
Aspiração oral/nasal	Mediana	2,00	2,50	2,00	2,00	*0,05
	Média	1,71	2,43	1,62	1,78	
	SD	0,78	1,22	1,11	1,09	
	Mínimo	1,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	3,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	1,00	1,75	1,00	1,00	
	Q3	2,00	3,25	2,00	3,00	

Legenda: DP = Desvio-Padrão; *p-valor significativo a < 0,05; **p-valor significativo < 0,01 pelo teste de Kruskal-Wallis; Valores referentes à escala: 0 = sem dor; 1 = pouca dor; 2 = moderada; 3 = muita dor; 4 = dor extrema.

Tabela H2. *Intensidade de dor do RNPT comparada ao adulto em procedimentos invasivos, segundo profissionais de saúde (n = 84)*

Procedimento		Médico (n = 21)	Enfermeiro (n = 14)	Técnico (n = 49)	Média Geral	*p- valor
Punção de calcanhar	Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00	0,21
	Média	3,83	3,86	3,27	3,30	
	DP	0,58	0,53	1,25	1,18	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,00	4,00	2,00	2,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	
Punção veia/artéria	Mediana	3,00	4,00	4,00	4,00	0,17
	Média	2,88	3,50	3,37	3,28	
	SD	1,26	0,90	0,94	1,03	
	Mínimo	0,00	2,00	2,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,00	2,50	2,00	2,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	
Inserção do PICC	Mediana	3,00	4,00	4,00	4,00	0,55
	Média	2,88	3,50	3,27	3,22	
	SD	1,26	0,90	0,98	1,04	
	Mínimo	0,00	2,00	2,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,50	2,50	2,00	2,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	
Punção lombar	Mediana	3,00	4,00	4,00	4,00	0,22
	Média	2,75	3,00	3,17	3,04	
	SD	1,44	1,35	1,34	1,36	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,00	2,00	2,00	2,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	
Injeção intramuscular	Mediana	2,00	4,00	4,00	4,00	0,17
	Média	2,63	3,17	3,12	3,01	
	SD	1,20	1,34	1,10	1,17	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,00	2,00	2,00	2,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	
Drenagem torácica	Mediana	2,00	4,00	4,00	4,00	0,12
	Média	2,50	3,33	3,07	2,99	
	SD	1,15	0,98	1,27	1,22	
	Mínimo	0,00	2,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,00	2,00	2,00	2,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	

Procedimento		Médico (n=21)	Enfermeiro (n=14)	Técnico (n=49)	Média Geral
Intubação oro traqueal	Mediana	2,00	4,00	4,00	4,00
	Média	2,63	3,33	2,93	2,93
	SD	1,20	0,98	1,35	1,26
	Mínimo	0,00	2,00	0,00	0,00
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00
	Q1	2,00	2,00	2,00	2,00
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00
Punção suprapúbica	Mediana	2,00	4,00	4,00	2,00
	Média	2,25	3,17	3,10	2,91
	SD	1,00	1,03	1,09	1,11
	Mínimo	0,00	2,00	0,00	0,00
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00
	Q1	2,00	2,00	2,00	2,00
	Q3	2,00	4,00	4,00	4,00
Aspiração traqueal	Mediana	2,00	4,00	2,00	2,00
	Média	2,75	3,33	2,73	2,84
	SD	1,24	1,30	1,16	1,21
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00
	Q1	2,00	2,50	2,00	2,00
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00
Aspiração da traqueostomia	Mediana	2,00 ^b	4,00 ^a	2,00 ^b	2,00
	Média	2,50	3,67	2,71	2,83
	SD	1,15	0,78	1,35	1,27
	Mínimo	0,00	2,00	0,00	0,00
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00
	Q1	2,00	4,00	2,00	2,00
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00
Sondagem vesical	Mediana	2,00	3,00	3,00	2,00
	Média	2,25	3,00	2,80	2,71
	SD	1,24	1,04	1,33	1,27
	Mínimo	0,00	2,00	0,00	0,00
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00
	Q1	2,00	2,00	2,00	2,00
	Q3	3,50	4,00	4,00	4,00
Aspiração oral/nasal	Mediana	2,00 ^b	4,00 ^a	2,00 ^b	2,00
	Média	2,25	3,50	2,59	2,67
	SD	1,00	0,90	1,28	1,22
	Mínimo	0,00	2,00	0,00	0,00
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00
	Q1	2,00	2,50	2,00	2,00
	Q3	2,00	4,00	4,00	4,00
Retirada do PICC	Mediana	2,00	2,00	2,00	2,00
	Média	2,38	2,67	2,73	2,64
	SD	1,09	1,30	1,32	1,26

Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00
Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00
Q1	2,00	2,00	2,00	2,00
Q3	3,50	4,00	4,00	4,00

Procedimento		Médico (n=21)	Enfermeiro (n=14)	Técnico (n=49)	Média Geral	*p- valor
Cateterismo umbilical	Mediana	2,00	3,00	4,00	2,00	0,21
	Média	2,00	2,17	2,78	2,49	
	SD	1,46	1,99	1,60	1,66	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	0,00	0,50	2,00	1,00	
	Q3	4,00	3,50	4,00	4,00	
Retirada TOT	Mediana	2,00	2,00	1,40	2,00	0,58
	Média	2,25	2,33	2,49	2,41	
	SD	1,00	1,44	1,25	1,31	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,00	2,00	2,00	2,00	
	Q3	2,00	4,00	4,00	4,00	
Colocação da sonda gástrica	Mediana	2,00	2,00	1,00	2,00	0,59
	Média	2,13	2,67	2,41	2,39	
	SD	0,89	1,30	1,47	1,32	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,00	2,00	2,00	2,00	
	Q3	2,00	4,00	4,00	4,00	
Retirada da sonda vesical	Mediana	2,00	3,00	2,00	2,00	0,49
	Média	2,25	2,67	2,24	2,32	
	SD	1,00	1,56	1,36	1,31	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,00	2,00	2,00	2,00	
	Q3	2,00	4,00	4,00	4,00	
Retirada da sonda gástrica	Mediana	2,00	2,00	2,00	2,00	0,84
	Média	2,25	2,33	2,15	2,20	
	SD	0,68	1,44	1,44	1,29	
	Mínimo	2,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,00	2,00	2,00	2,00	
	Q3	2,00	4,00	4,00	4,00	
Retirada de venóclise	Mediana	2,00	2,00	4,00	2,00	0,89
	Média	2,75	2,67	3,61	3,25	
	SD	1,00	1,30	6,00	4,68	
	Mínimo	2,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,00	2,00	2,00	2,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	

Legenda: TOT = tubo orotraqueal; PICC = cateter central de inserção periférica; DP = Desvio-Padrão;
 *p- valor significativo a <0,05; **p-valor significativo <0,01 pelo teste de Kruskal-Wallis; Valores
 referentes à escala: 0 = menos dor; 2 = mesma dor; 4 = mais dor.

Tabela H3. *Nível de estresse dos profissionais de UTIN durante a realização de procedimentos invasivos em neonatos (n = 84)*

Procedimento		Médico (n = 21)	Enfermeiro (n = 14)	Técnico (n= 49)	Média Geral	*p- valor
Drenagem torácica	Mediana	4,00		4,00	4,00	0,64
	Média	3,90		3,81	3,87	
	SD	0,45		0,59	0,49	
	Mínimo	2,00		2,00	2,00	
	Máximo	4,00		4,00	4,00	
	Q1	4,00		4,00	4,00	
	Q3	4,00		4,00	4,00	
Intubação orotraqueal	Mediana	4,00		4,00	4,00	0,47
	Média	3,90		3,71	3,82	
	SD	0,45		0,94	0,73	
	Mínimo	2,00		0,00	0,00	
	Máximo	4,00		4,00	4,00	
	Q1	4,00		4,00	4,00	
	Q3	4,00		4,00	4,00	
Punção suprapúbica	Mediana	4,00		4,00	4,00	0,45
	Média	3,90		3,71	3,82	
	SD	0,45		0,83	0,66	
	Mínimo	2,00		0,00	0,00	
	Máximo	4,00		4,00	4,00	
	Q1	4,00		4,00	4,00	
	Q3	4,00		4,00	4,00	
Punção na veia/artéria	Mediana	4,00		4,00	4,00	0,03
	Média	3,70		3,86	3,80	
	SD	0,98		0,52	0,69	
	Mínimo	0,00		2,00	0,00	
	Máximo	4,00		4,00	4,00	
	Q1	4,00		4,00	4,00	
	Q3	4,00		4,00	4,00	
Punção lombar	Mediana	4,00		4,00	4,00	0,03
	Média	3,20		3,90	3,75	
	SD	1,36		0,43	0,81	
	Mínimo	0,00		2,00	0,00	
	Máximo	4,00		4,00	4,00	
	Q1	2,00		4,00	4,00	
	Q3	4,00		4,00	4,00	
Inserção do PICC	Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00	0,61
	Média	3,70	3,85	3,62	3,70	
	SD	0,73	0,55	0,79	0,72	
	Mínimo	2,00	2,00	2,00	2,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	

Procedimento		Médico (n = 21)	Enfermeiro (n = 14)	Técnico (n= 49)	Média Geral	*p- valor
Aspiração da traqueostomia	Mediana	4,00		4,00	4,00	0,09
	Média	3,50		3,33	3,49	
	SD	1,10		1,14	1,04	
	Mínimo	0,00		0,00	0,00	
	Máximo	4,00		4,00	4,00	
	Q1	4,00		2,00	4,00	
	Q3	4,00		4,00	4,00	
Punção de calcanhar	Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00	0,69
	Média	3,50	3,69	3,38	3,47	
	SD	1,10	0,75	1,03	1,00	
	Mínimo	0,00	2,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	4,00	4,00	2,00	4,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	
Injeção intramuscular	Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00	0,15
	Média	3,10	3,69	3,29	3,27	
	SD	1,21	0,75	1,07	1,07	
	Mínimo	0,00	2,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,00	4,00	2,00	2,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	
Aspiração oral/nasal	Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00	0,09
	Média	3,10	3,69	3,02	3,20	
	SD	1,37	0,75	1,26	1,21	
	Mínimo	0,00	2,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,00	4,00	2,00	2,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	
Colocação da sonda vesical	Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00	0,85
	Média	3,10	3,38	3,14	3,16	
	SD	1,21	0,96	1,00	1,04	
	Mínimo	0,00	2,00	2,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,00	2,00	2,00	2,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	
Retirada TOT	Mediana	2,00	2,00	4,00	4,00	0,12
	Média	2,60	2,62	2,86	2,91	
	SD	1,31	1,26	1,41	1,31	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,00	2,00	2,00	2,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	
Cateterismo umbilical	Mediana	2,00	4,00	2,00	2,00	0,25
	Média	2,50	3,08	2,62	2,71	
	SD	1,28	1,32	1,36	1,32	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,00	2,00	2,00	2,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	

Procedimento		Médico (n = 21)	Enfermeiro (n = 14)	Técnico (n= 49)	Média Geral	*p- valor
Colocação da sonda gástrica	Mediana	2,00	4,00	2,00	2,00	0,05
	Média	2,20	3,08	2,55	2,59	
	SD	1,11	1,32	1,09	1,16	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,00	2,00	2,00	2,00	
	Q3	2,00	4,00	4,00	4,00	
Retirada de curativo	Mediana	2,00	2,00	2,00	2,00	0,77
	Média	2,30	2,62	2,52	2,48	
	SD	1,17	1,26	1,25	1,21	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,00	2,00	2,00	2,00	
	Q3	3,50	4,00	4,00	4,00	
Retirada do PICC	Mediana	2,00	2,00	2,00	2,00	0,40
	Média	2,40	2,31	2,33	2,41	
	SD	1,23	1,60	1,32	1,34	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,00	1,00	2,00	2,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	
Retirada de venóclise	Mediana	2,00	2,00	2,00	2,00	0,96
	Média	2,10	2,15	2,21	2,16	
	SD	1,21	1,28	1,35	1,26	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,00	2,00	2,00	2,00	
	Q3	2,00	3,00	4,00	2,00	
Retirada da sonda vesical	Mediana	2,00	2,00	2,00	2,00	0,15
	Média	2,10	2,46	1,81	2,05	
	SD	1,37	0,88	1,38	1,32	
	Mínimo	0,00	2,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,00	2,00	0,00	2,00	
	Q3	3,50	3,00	2,00	2,00	
Retirada da sonda gástrica	Mediana	2,00	2,00	2,00	2,00	0,01
	Média	1,80	2,77	1,76	2,00	
	SD	1,11	1,01	1,27	1,24	
	Mínimo	0,00	2,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,00	2,00	0,00	2,00	
	Q3	2,00	4,00	2,00	2,00	

Legenda: TOT = tubo oro traqueal; PICC = catéter central de inserção periférica; SD = Desvio-Padrão; *p-valor significativo a <0,05; **p-valor significativo < 0,01 pelo teste de Kruskal-Wallis; Valores referentes à escala: 0 = sem estresse; 2 = pouco estressante; 4 = muito estressante.

Tabela H4. *Prática de analgesia em procedimentos médicos invasivos, segundo profissionais de UTIN (n = 84)*

Procedimento		Médico (n=21)	Enfermeiro (n=14)	Técnico (n=49)	Média Geral	*p- valor
Drenagem torácica	Mediana	4,00	4,00	3,00	4,00	0,15
	Média	3,35	3,29	2,53	2,83	
	SD	0,93	0,99	1,58	1,44	
	Mínimo	1,00	1,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	3,00	2,75	1,00	2,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	
Inserção do PICC	Mediana	3,50 ^a	3,00	1,00 ^b	3,00	*0,01
	Média	3,15	2,50	1,91	2,33	
	SD	1,04	1,51	1,59	1,53	
	Mínimo	1,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,25	1,00	0,00	1,00	
	Q3	4,00	4,00	3,50	4,00	
Punção supra púbica	Mediana	1,00	3,00	1,00	1,00	0,39
	Média	1,45	2,29	1,69	1,75	
	SD	1,50	1,49	1,65	1,61	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	0,00	0,75	0,00	0,00	
	Q3	2,00	3,25	4,00	4,00	
Intubação oro traqueal	Mediana	3,00	1,00	1,00	1,00	0,24
	Média	2,20	1,64	1,49	1,67	
	SD	1,28	1,55	1,71	1,60	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	1,00	0,00	0,00	0,00	
	Q3	3,00	3,25	3,00	3,00	
Punção lombar	Mediana	1,00	2,00	1,00	1,00	0,65
	Média	1,15	1,86	1,42	1,46	
	SD	1,31	1,83	1,39	1,49	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Q3	2,00	2,00	3,00	3,00	
Cateterismo umbilical	Mediana	1,00	0,00	0,00	0,00	0,95
	Média	0,95	1,36	1,27	1,20	
	SD	1,10	1,74	1,67	1,54	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Q3	2,00	3,25	3,00	2,00	
Punção veia/artéria	Mediana	1,00	1,00	0,00	1,00	0,95
	Média	0,95	1,36	1,20	1,16	
	SD	0,83	1,55	1,50	1,36	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	3,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Q3	1,00	3,00	2,00	2,00	

Procedimento		Médico (n=21)	Enfermeiro (n=14)	Técnico (n= 49)	Média Geral	*p- valor
Punção de calcanhar	Mediana	0,00 ^b	1,00 ^a	0,00 ^a	0,00	0,03
	Média	0,20	1,00	0,91	0,72	
	SD	0,52	1,18	1,40	1,20	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	2,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Q3	0,00	2,00	2,00	1,00	
Injeção intramuscular	Mediana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,54
	Média	0,40	0,43	0,80	0,61	
	SD	0,50	1,09	1,36	1,14	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	1,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Q3	1,00	0,25	1,50	1,50	
Aspiração da traqueostomia	Mediana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,33
	Média	0,50	0,50	0,42	0,47	
	SD	0,61	1,09	0,97	0,90	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	2,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Q3	1,00	1,00	0,50	1,00	
Aspiração traqueal	Mediana	1,00 ^a	0,00	0,00 ^b	0,00	*0,00
	Média	0,90	0,50	0,24	0,46	
	SD	0,97	1,09	0,71	0,87	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	3,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Q3	2,00	1,00	0,00	1,00	
Retirada de curativo	Mediana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,69
	Média	0,25	0,57	0,47	0,45	
	SD	0,44	1,09	0,79	0,78	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	1,00	4,00	3,00	4,00	
	Q1	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Q3	0,75	1,00	1,00	1,00	
Retirada de venóclise	Mediana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,24
	Média	0,25	1,00	0,36	0,42	
	SD	0,44	1,44	0,61	0,81	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	1,00	4,00	2,00	4,00	
	Q1	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Q3	0,75	2,00	1,00	1,00	
Retirada do PICC	Mediana	0,00	0,00	0,00	0,42	0,98
	Média	0,30	0,50	0,40	0,77	
	SD	0,47	1,09	0,72	0,00	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	1,00	4,00	3,00	4,00	
	Q1	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Q3	1,00	1,00	1,00	1,00	

Procedimento		Médico (n = 21)	Enfermeiro (n = 14)	Técnico (n= 49)	Média Geral	*p- valor
Retirada da sonda vesical	Mediana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,62
	Média	0,25	0,57	0,22	0,33	
	SD	0,44	1,16	0,52	0,68	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	1,00	4,00	2,00	4,00	
	Q1	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Q3	0,75	1,00	0,00	0,00	
Colocação da sonda gástrica	Mediana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,33
	Média	0,10	0,50	0,22	0,28	
	SD	0,31	1,09	0,56	0,75	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	1,00	4,00	3,00	4,00	
	Q1	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Q3	0,00	1,00	0,00	0,00	
Retirada da sonda gástrica	Mediana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,53
	Média	0,15	0,50	0,20	0,27	
	SD	0,37	1,09	0,46	0,63	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	1,00	4,00	2,00	4,00	
	Q1	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Q3	0,00	1,00	0,00	0,00	
Aspiração oral/nasal	Mediana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,12
	Média	0,25	0,50	0,09	0,20	
	SD	0,72	1,09	0,29	0,62	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	3,00	4,00	1,00	4,00	
	Q1	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Q3	0,00	1,00	0,00	0,00	

Legenda: TOT = tubo oro traqueal; PICC = cateter central de inserção periférica; SD = Desvio-Padrão;
 *p- valor significativo a <0,05; **p-valor significativo <0,01 pelo teste de Kruskal-Wallis; Valores
 referentes à escala: 0 = nunca; 1= raramente; 2 = frequentemente; 3 = geralmente; 4 = sempre.

Tabela H5. *Analgesia esperada em procedimentos médicos invasivos, segundo profissionais de UTIN (n = 84)*

Procedimento		Médico (n = 21)	Enfermeiro (n = 14)	Técnico (n = 49)	Média Geral	*p- valor
Drenagem torácica	Mediana	4,00 ^a	4,00	4,00 ^b	4,00	*0,02
	Média	4,00	3,86	3,40	3,64	
	SD	0	0,53	1,12	0,90	
	Mínimo	4,00	2,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	4,00	4,00	3,00	4,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	
Punção supra púbica	Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00	0,10
	Média	3,90	3,71	3,33	3,55	
	SD	0,45	0,61	1,15	0,95	
	Mínimo	2,00	2,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	4,00	3,75	3,00	4,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	
Inserção do PICC	Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00	0,06
	Média	3,95	3,57	3,33	3,53	
	SD	0,22	0,94	1,13	0,97	
	Mínimo	3,00	1,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	4,00	3,75	2,00	4,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	
Punção lombar	Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00	0,27
	Média	3,35	3,64	3,23	3,34	
	SD	1,18	0,93	1,04	1,06	
	Mínimo	0,00	1,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	3,00	4,00	2,00	3,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	
Intubação oro traqueal	Mediana	4,00 ^a	4,00	3,00 ^b	3,13	*0,00
	Média	3,80	3,36	2,74	1,33	
	SD	0,70	1,22	1,47	4,00	
	Mínimo	1,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	4,00	2,75	2,00	2,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	
Punção veia/artéria	Mediana	4,00	4,00	3,00	4,00	0,12
	Média	3,40	3,00	2,56	2,86	
	SD	1,10	1,24	1,48	1,38	
	Mínimo	0,00	1,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	3,00	2,00	1,00	2,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	

Procedimento		Médico (n = 21)	Enfermeiro (n = 14)	Técnico (n= 49)	Média Geral	*p- valor
Sondagem vesical	Mediana	4,00	2,50	3,00	3,00	0,64
	Média	3,00	2,71	2,56	2,70	
	SD	1,34	1,27	1,58	1,46	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,00	1,75	1,00	2,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	
Cateterismo umbilical	Mediana	2,50	3,50	3,00	3,00	0,94
	Média	2,40	2,57	2,51	2,49	
	SD	1,50	1,70	1,56	1,55	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	2,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	1,00	0,75	1,00	1,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	
Injeção intramuscular	Mediana	4,00 ^a	4,00	2,00 ^b	3,00	*0,00
	Média	3,20	2,86	1,88	2,40	
	SD	1,15	1,61	1,62	1,61	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,00	1,00	0,00	1,00	
	Q3	4,00	4,00	4,00	4,00	
Aspiração da traqueostomia	Mediana	4,00 ^a	3,00 ^a	2,00 ^b	2,00	*0,00
	Média	3,40	2,86	1,74	2,38	
	SD	0,99	1,23	1,42	1,47	
	Mínimo	1,00	1,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,25	1,75	0,00	1,00	
	Q3	4,00	4,00	3,00	4,00	
Aspiração traqueal	Mediana	4,00 ^a	3,50 ^a	1,00 ^b	2,00	*0,00
	Média	3,10	3,00	1,65	2,27	
	SD	1,17	1,18	1,54	1,54	
	Mínimo	1,00	1,00	0,00	0,00	
	Máximo	3,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	2,00	2,00	0,00	1,00	
	Q3	4,00	4,00	3,00	4,00	
Retirada TOT	Mediana	2,00 ^a	3,00 ^a	2,00 ^b	2,00	*0,02
	Média	2,55	2,57	1,65	2,05	
	SD	1,19	1,40	1,40	1,40	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	3,00	4,00	
	Q1	2,00	1,75	0,00	1,00	
	Q3	4,00	4,00	3,00	3,00	
Retirada do PICC	Mediana	3,00	2,50	2,00	2,00	0,07
	Média	2,65	1,93	1,72	2,00	
	SD	1,23	1,82	1,37	1,46	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	2,00	4,00	
	Q1	2,00	0,00	0,00	0,00	
	Q3	4,00	4,00	3,00	3,00	

Procedimento		Médico (n = 21)	Enfermeiro (n = 14)	Técnico (n= 49)	Média Geral	*p- valor
Retirada de venóclise	Mediana	2,00 ^a	2,00	1,00 ^b	2,00	*0,04
	Média	2,25	2,00	1,33	1,69	
	SD	1,29	1,52	1,29	1,38	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	1,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	1,25	0,00	0,00	0,00	
	Q3	3,75	3,25	2,00	3,00	
Retirada da sonda vesical	Mediana	2,00	2,00	1,00	2,00	0,11
	Média	2,05	2,00	1,37	1,66	
	SD	1,32	1,71	1,25	1,38	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	1,00	0,00	0,00	0,00	
	Q3	3,00	4,00	2,00	3,00	
Colocação da sonda gástrica	Mediana	2,00 ^a	2,00 ^a	1,00 ^b	1,00	*0,00
	Média	2,00	2,29	0,93	1,45	
	SD	1,26	1,44	1,03	1,30	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	3,00	4,00	
	Q1	1,00	1,00	0,00	0,00	
	Q3	2,75	4,00	2,00	2,00	
Aspiração oral/nasal	Mediana	2,00 ^a	2,00 ^a	0,00 ^b	1,00	*0,00
	Média	1,85	2,14	0,81	1,32	
	SD	1,23	1,35	1,18	1,34	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	4,00	4,00	
	Q1	1,00	1,00	0,00	0,00	
	Q3	2,00	3,25	2,00	2,00	
Retirada da sonda gástrica	Mediana	1,00 ^a	2,00 ^a	0,00 ^b	1,00	*0,01
	Média	1,30	1,93	0,81	1,14	
	SD	1,08	1,54	0,98	1,19	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	4,00	4,00	3,00	4,00	
	Q1	0,25	0,00	0,00	0,00	
	Q3	2,00	3,25	2,00	3,00	

Legenda: TOT = tubo oro traqueal; PICC = cateter central de inserção periférica; SD = Desvio-Padrão;

*p- valor significativo a <0,05; **p-valor significativo < 0,01 pelo teste de Kruskal-Wallis; Valores referentes à escala: 0 = nunca; 1= raramente; 2 = frequentemente; 3 = geralmente; 4 = sempre.

APÊNDICE I

Resultados da ECOOS por profissionais de saúde

Tabela I1. Resposta sobre a liderança na UTIN, segundo profissionais de UTIN (n = 25)

QUESTÕES	NC	CP	CR	CB	CT
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
1. A gerência trata de forma justa e adequada os servidores	10 (40)	8 (32)	6 (24)	1 (4)	0
2. Confio nas decisões tomadas pela gerência	8 (32)	11 (44)	4 (16)	2 (8)	0
3. A gerência tem a capacidade de motivar a equipe	12 (48)	9 (36)	3 (12)	1 (4)	0
4. A gerência aceita sugestões para melhoria do trabalho	9 (36)	6 (24)	6 (24)	3 (12)	1 (4)
5. A gerência encara os erros não propositais como oportunidade de crescimento	6 (24)	13 (52)	3 (12)	3 (12)	0
6. A gerência conhece bem os aspectos éticos do seu trabalho	7 (28)	8 (32)	6 (24)	3 (12)	1 (4)
7. A gerência me mantém informado sobre as metas da unidade	13 (52)	6 (24)	5 (20)	1 (4)	0
8. Recebo elogios pela qualidade do meu trabalho	12 (48)	6 (24)	3 (12)	4 (16)	0
9. Participo das decisões que atingem o meu trabalho	12 (48)	8 (32)	5 (20)	0	0
10. A comunicação com a gerência é fácil e clara	8 (32)	7 (28)	7 (28)	3 (12)	0
11. Existe igualdade de tratamento entre a gerência e subordinados	11 (44)	7 (28)	6 (24)	1 (4)	0
12. Sou avaliado de acordo com os resultados do meu trabalho	12 (48)	7 (28)	4 (16)	2 (8)	0
13. Sou informado pela gerência sobre os assuntos relativos à UTIN	10 (40)	7 (28)	6 (24)	2 (8)	0
14. A gerência tem uma visão clara sobre para onde estamos indo e como fazer para chegar lá	6 (24)	12 (48)	6 (24)	1 (4)	0
15. A gerência envolve as pessoas em decisões que afetam os diferentes aspectos do trabalho (ambiente, segurança, remuneração, estratégias)	11 (44)	9 (36)	4 (16)	1 (4)	0

Legenda. NC = não concordo; CP = concordo pouco; CR = concordo razoavelmente; CB = concordo bastante; CT = concordo totalmente.

Tabela I2. *Resposta sobre o relacionamento e espírito de equipe, segundo profissionais de UTIN (n = 25)*

QUESTÕES	NC	CP	CR	CB	CT
	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)
28. Sou acolhido como um importante membro da minha equipe de trabalho	6 (24)	9 (36)	6 (24)	4 (16)	0
29. Na minha equipe existe cooperação para o alcance das metas	7 (28)	8 (32)	7 (28)	3 (12)	0
30. Eu confio nas pessoas da minha equipe de trabalho	2 (8)	7 (28)	10 (40)	5 (20)	1 (4)
31. No meu grupo de trabalho, as pessoas possuem um bom relacionamento	1 (4)	6 (24)	10 (40)	4 (16)	4 (16)
32. Sou respeitado pela minha equipe de trabalho	1 (4)	2 (8)	11 (44)	9 (36)	2 (8)
*33. Na minha equipe tenho condições de ensinar o que sei aos meus colegas e aprender com eles	0	1 (4)	10 (40)	8 (32)	5 (20)
*34. No meu grupo de trabalho existe liberdade de falar, criticar, sugerir e trocar ideias	4 (16)	4 (16)	9 (36)	6 (24)	1 (4)
*35. Existe um forte sentido de trabalho em equipe dentro da minha unidade	2 (8)	11 (44)	9 (36)	2 (8)	0

Legenda. NC = não concordo; CP = concordo pouco; CR = concordo razoavelmente; CB = concordo bastante; CT = concordo totalmente.

Tabela 13. *Resposta sobre o desenvolvimento profissional, segundo profissionais de UTIN (n = 25)*

QUESTÕES	NC	CP	CR	CB	CT
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
16. Sou informado sobre a contribuição do meu trabalho para os resultados na UTIN	11 (44)	9 (36)	4 (16)	1 (4)	0
17. Considero que os servidores se sentem livres para expressar abertamente suas opiniões	12 (48)	8 (32)	2 (8)	2 (8)	1 (4)
18. Os que têm aprendido nos treinamentos oferecidos na UTIN melhoram minhas condições de trabalho	10 (40)	6 (24)	2 (8)	6 (24)	1 (4)
19. O que tenho aprendido nos treinamento oferecidos na UTIN melhora minha produtividade	12 (48)	4 (16)	1 (4)	7 (28)	1 (4)
20. Os programas de treinamento e desenvolvimento tem procurado desenvolver o potencial humano dos servidores	13 (52)	4 (16)	3 (12)	5 (20)	0
21. Os programas de treinamento e desenvolvimento tem procurado desenvolver o potencial técnico dos servidores	10 (40)	6 (24)	4 (16)	5 (20)	0
22. Os últimos treinamentos que recebi atenderam às minhas expectativas	10 (40)	6 (24)	5 (20)	4 (16)	0
23. Os conhecimentos que adquiro em programas de treinamento e desenvolvimento são aplicados no meu trabalho	9 (36)	5 (20)	4 (16)	5 (20)	2 (8)
*24. Participo do levantamento das minhas necessidades de treinamento e desenvolvimento	12 (48)	5 (20)	5 (20)	2 (8)	0
25. Os programas de treinamento e desenvolvimento preparam realmente o profissional para desempenhar as atividades do cargo que ocupa	13 (52)	2 (8)	8 (32)	1(4)	1 (4)
*26. Os treinamentos preparam o indivíduo para adaptar-se à sua unidade	12 (48)	4 (16)	4 (16)	4 (16)	0
*27. Na unidade existe plano de treinamento e desenvolvimento para todos os servidores	16 (64)	5 (20)	3 (12)	0	0

Legenda. NC = não concordo; CP = concordo pouco; CR = concordo razoavelmente; CB = concordo bastante; CT = concordo totalmente.

Tabela I4. Resposta sobre a remuneração, segundo profissionais de UTIN (n =25)

QUESTÕES	NC	CP	CR	CB	CT
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
*57 Minha remuneração é compatível com as responsabilidades do trabalho que realizo	16(64)	5(20)	3(12)	0	0
*58 Minha remuneração esta de acordo com a praticada no mercado de trabalho	10(40)	8(32)	2(8)	2(8)	1(4)
*59 De modo geral, estou satisfeito com a minha remuneração	15(60)	5(20)	2(8)	2(8)	0
*60 Considero a política de remuneração do governo estadual justa e motivadora	18(72)	2(8)	3(12)	1(4)	0

Legenda. NC – não concordo; CP – concordo pouco; CR – concordo razoavelmente; CB – concordo bastante; CT – concordo totalmente

Tabela I5. Resposta sobre a segurança no trabalho, segundo profissionais de UTIN (n=25)

QUESTÕES	NC	CP	CR	CB	CT
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
*44 Na minha unidade existem recursos de trabalho adequados para realização do meu trabalho	3 (12)	12 (48)	5 (20)	4 (16)	0
*45 A Secretaria de Saúde se preocupa com a minha segurança	12 (48)	4 (16)	7 (28)	1 (4)	0
*46 Existem medidas de segurança adequadas para a execução do meu trabalho	7 (28)	5 (20)	8 (32)	4 (16)	0
*47 Os equipamentos de trabalho são adequados para garantir a segurança do servidor	6 (24)	5 (20)	10 (40)	3 (12)	0
*48 A Secretaria de Saúde se preocupa com o meu bem-estar	15 (60)	5 (20)	2 (8)	2 (8)	0

Legenda. NC = não concordo; CP = concordo pouco; CR = concordo razoavelmente; CB = concordo bastante; CT = concordo totalmente.

Tabela I6. Resposta sobre as estratégias de trabalho, segundo profissionais de UTIN (n = 25)

QUESTÕES	NC	CP	CR	CB	CT
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
*49. Tenho condições necessárias para a realização do meu trabalho	2 (8)	10 (40)	8 (32)	3 (12)	1 (4)
*50. Conheço o planejamento estratégico da Secretaria de Saúde	16 (64)	3 (12)	5 (20)	0	0
*51. Conheço os indicadores e metas traçadas pela Secretaria de Saúde	18 (72)	2 (8)	3 (12)	0	0
*52. Conheço a estrutura organizacional da Secretaria de Saúde	17 (68)	3 (12)	2 (8)	2(8)	0
*53. Participo de alguma forma do processo de elaboração do planejamento estratégico da Secretaria de Saúde	19 (76)	3 (12)	2 (8)	0	0
*54. Consigo aplicar nas minhas atividades diárias as diretrizes do planejamento estratégico	14 (56)	6 (24)	4 (16)	0	0
*55. A Secretaria de Saúde tem realizado as mudanças necessárias visando ao seu crescimento e desenvolvimento	15 (60)	7 (28)	2 (8)	0	0
*56 Na Secretaria de Saúde, os servidores são estimulados a participar das mudanças	16 (64)	7 (28)	1 (4)	0	0

Legenda. NC = não concordo; CP = concordo pouco; CR = concordo razoavelmente; CB = concordo bastante; CT = concordo totalmente.

Tabela I7. Resposta sobre a relação com a comunidade, segundo profissionais de UTIN (n=25)

QUESTÕES	NC	CP	CR	CB	CT
	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)
*36. O hospital tem boa imagem na comunidade	5 (20)	8 (32)	6 (24)	5 (20)	0
*37. A Secretaria de Saúde tem uma boa imagem dentro da comunidade	6 (24)	10 (40)	5 (20)	1 (4)	1 (4)
*38. Na Secretaria de Saúde existe um sistema eficaz para resolver as reclamações da comunidade	14 (56)	7 (28)	2 (8)	1 (4)	0
*39. A Secretaria de Saúde comunica adequadamente à comunidade os seus projetos, investimentos e realizações	11 (44)	10 (40)	2 (8)	1 (4)	0
*40. Existe um bom relacionamento entre os servidores e as pessoas que fazem uso dos serviços oferecidos pela Secretaria de Saúde	5 (20)	7 (28)	8 (32)	4 (16)	0
*41. Os servidores da Secretaria de saúde atendem à comunidade adequadamente	4 (16)	9 (36)	7 (28)	4 (16)	0
*42. Os usuários dos serviços de saúde reconhecem o trabalho dos servidores da Secretaria de Saúde	7 (28)	8 (32)	7 (28)	2 (8)	0
*43. As condições do meu local de trabalho são satisfatórias	7 (28)	6 (24)	7 (28)	2 (8)	1 (4)

Legenda. NC = não concordo; CP = concordo pouco; CR = concordo razoavelmente; CB = concordo bastante; CT = concordo totalmente.

ANEXOS

ANEXO A

Effort-Reward Imbalance – ERI

(versão curta Chor, Werneck, Faerstein, Mello, & Rotenberg, 2008; Guimarães, Siegrist, & Martins, 2004; Siegrist, 1996, 2004; Siegrist, Wege, Pühlhofer, & Wahrendorf, 2009)

Questionário de Desequilíbrio entre Esforço e Recompensa (ERI)					
Indique se esta de acordo ou não com as informações seguintes. Se depois da sua resposta encontrar uma seta → indique, em que caso, quanto isso o estressa.					
nem um pouco estressado - 1					
um pouco estressado - 2					
estressado - 3					
muito estressado - 4					
Devido à grande quantidade de trabalho em sinto muitas vezes sob pressão. Não me sinto sobre pressão	Não Sim→	1	2	3	4
Frequentemente eu sou interrompido e incomodado no trabalho.	Não Sim→	1	2	3	4
Eu tenho muita responsabilidade no meu trabalho	Não Sim→	1	2	3	4
Muitas vezes sou obrigado a fazer hora extra	Não Sim→	1	2	3	4
Meu trabalho exige muito esforço físico	Não Sim→	1	2	3	4
Nos últimos anos tenho tido cada vez mais trabalho	Não Sim→	1	2	3	4
Eu tenho o respeito que mereço do meu chefe	Não→ Sim	1	2	3	4
Eu tenho o respeito que mereço dos meus colegas de trabalho	Não→ Sim	1	2	3	4
Em situações difíceis recebo o apoio necessário	Não→ Sim	1	2	3	4
No trabalho eu sou tratado injustamente	Não Sim→	1	2	3	4
As possibilidades de ser promovidos são poucas	Não Sim→	1	2	3	4
No trabalho, eu passei ou ainda passo por mudanças não desejadas	Não Sim→	1	2	3	4
Eu tenho pouca estabilidade no meu emprego	Não Sim→	1	2	3	4
De acordo com a minha formação considero justa minha posição	Não→ Sim	1	2	3	4
Quando penso em todo o trabalho que realizo, acho justo o reconhecimento que recebo	Não→ Sim	1	2	3	4
Quando penso em todo o trabalho que realizo acho justas as oportunidades de promoção	Não→ Sim	1	2	3	4
Quando penso em todo o trabalho que realizo considero justo o meu salário	Não→	1	2	3	4

Questionário Desequilíbrio entre Esforço e Recompensa (ERI)

Assinale até que ponto você concorda ou discorda das afirmativas abaixo:

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo totalmente	Concordo
No trabalho me sinto sufocado pela pressão do tempo				
Assim que acordo, eu começo a pensar nos problemas do trabalho				
Quando chego a casa, eu consigo relaxar e “me desligar” do meu trabalho				
As pessoas intimas dizem que eu me sacrificio muito por causa do meu trabalho				
O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir				
Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje				

ANEXO B

Escala de Coping Ocupacional - ECO

(Latack, 1986; traduzida, adaptada por Pinheiros et al., 2003)

Este questionário tem a finalidade de conhecer como as pessoas lidam com os problemas do ambiente do trabalho. No questionário, você encontrará uma série de afirmativas sobre possíveis maneiras de enfrentá-los. Indique com que frequência você utiliza cada uma dessas maneiras.

nunca faço 1
raramente faço 2
às vezes faço 3
frequentemente faço 4
sempre faço 5

1. Converso com colegas que também estejam envolvidos no problema	
2. Tento ver a situação como uma oportunidade para aprender e desenvolver novas habilidades	
3. Dou atenção extra ao planejamento	
4. Penso em mim como alguém que sempre consegue se sair bem em situações difíceis	
5. Penso na situação como um desafio	
6. Tento trabalhar mais rápido e eficientemente	
7. Decido sobre o que deve ser feito e comunico às demais pessoas envolvidas	
8. Esforço-me para fazer o que eu acho que se espera de mim	
9. Peço conselhos as pessoas que, embora estejam fora da situação possam me ajudar a pensar sobre o que fazer	
10. Tento modificar os fatores que causam a situação	
11. Envolver-me mais ainda nas minhas tarefas, as acho que isso pode ajudar a resolver a questão	
12. Evito a situação, se possível	
13. Digo a mim mesmo que o tempo resolve problema desta natureza	
14. Tento manter distância da situação	
15. Procuro lembrar que o trabalho não é tudo na vida	
16. Antecipo as consequências negativas, preparando-me para o pior	
17. Delego minhas tarefas à outra pessoa	
18. Mantenho a maior distância possível das pessoas que causaram a situação	
19. Tento não me preocupar com a situação	
20. Concentro-me em fazer prioritariamente aquilo que gosto	
21. Pratico mais exercícios físicos	
22. Uso algum tipo de técnica de relaxamento	
23. Procuro a companhia de outras pessoas	

Escala de Coping Ocupacional - ECO (Latack, 1986; traduzida, adaptada por Pinheiros et al., 2003)	
24. Mudo meus hábitos alimentares	
25. Procuro me envolver com mais atividades de lazer	
26. Compro alguma coisa	
27. Tiro alguns para descansar	
28. Faço uma viagem	
29. Torno-me um sonhador	

ANEXO C

Escala de Clima Organizacional para Organizações de Saúde – UTIN (adaptada de Menezes et al., 2009, para esta pesquisa)

Este questionário tem a finalidade de levantar dados para conhecer a sua opinião quanto ao clima organizacional da UTIN. Assinale a alternativa que revele a sua percepção. Levando em consideração os números:

1 Não concordo	2 concordo pouco	3 concordo razoavelmente	4 concordo bastante	5 concordo totalmente				
1 Meu chefe trata de forma justa e adequada os servidores	1	2	3	4	5			
2 Confio nas decisões tomadas pelo meu chefe	1	2	3	4	5			
3 Meu chefe tem a capacidade de motivar a equipe	1	2	3	4	5			
4 Meu chefe aceita sugestões para melhoria do trabalho	1	2	3	4	5			
5 Meu chefe encara os erros não propositais como oportunidade de crescimento	1	2	3	4	5			
6 Meu chefe conhece bem os aspectos éticos do seu trabalho	1	2	3	4	5			
7 Meu chefe me matem informado sobre as metas da unidade	1	2	3	4	5			
8 Recebo elogios do meu chefe pela qualidade do meu trabalho	1	2	3	4	5			
9 Participo das decisões que atingem o meu trabalho	1	2	3	4	5			
10 A comunicação com meu chefe é fácil e clara	1	2	3	4	5			
11 Existe igualdade de tratamento entre chefia e subordinados	1	2	3	4	5			
12 Sou avaliado de acordo com os resultados do meu trabalho	1	2	3	4	5			
13 Sou informado pelo meu chefe sobre os assuntos relativos à unidade na qual trabalho	1	2	3	4	5			
14 Meu chefe tem uma visão clara sobre para onde estamos indo e como fazer para chegar lá	1	2	3	4	5			
15 A chefia envolve as pessoas em decisões que afetam os diferentes aspectos do trabalho (ambiente, segurança, remuneração, estratégias)	1	2	3	4	5			
16 Sou informado sobre a contribuição do meu trabalho para os resultados da minha unidade	1	2	3	4	5			
17 Considero que os servidores se sentem livres para expressar abertamente suas opiniões	1	2	3	4	5			
18 O que eu tenho aprendido nos treinamentos oferecidos na unidade melhora minhas condições de trabalho	1	2	3	4	5			
19 O que tenho aprendido nos treinamentos oferecidos na unidade melhora minha produtividade	1	2	3	4	5			
20 Os programas de treinamento e desenvolvimento têm procurado desenvolver o potencial humano dos servidores	1	2	3	4	5			
21 Os programas de treinamento e desenvolvimento têm procurado desenvolver o potencial técnico dos servidores	1	2	3	4	5			
22 Os últimos treinamentos que recebi atenderam às minhas expectativas	1	2	3	4	5			
23 Os conhecimentos que adquiro em programas de treinamento e desenvolvimento são aplicados no meu trabalho	1	2	3	4	5			
24 Participo do levantamento de minhas necessidades de treinamento e desenvolvimento	1	2	3	4	5			
25 Os programas de treinamento e desenvolvimento preparam realmente o profissional para desempenhar as atividades do cargo que ocupa	1	2	3	4	5			

1 Não concordo	2 concordo pouco	3 concordo razoavelmente	4 concordo bastante	5 concordo totalmente	
26 Os treinamentos preparam o indivíduo para adaptar-se à sua unidade					1 2 3 4 5
27 Na minha unidade existe plano de treinamento e desenvolvimento para todos os servidores					1 2 3 4 5
28 Sou acolhido como um importante membro da minha equipe de trabalho					1 2 3 4 5
29 Na minha equipe existe cooperação para o alcance das metas					1 2 3 4 5
30 Eu confio nas pessoas da minha equipe de trabalho					1 2 3 4 5
31 Mo meu grupo de trabalho, as pessoas possuem um bom relacionamento					1 2 3 4 5
32 Sou respeitado pela minha equipe de trabalho					1 2 3 4 5
33 Na minha equipe tenho condições de ensinar o que sei aos meus colegas e aprender com eles					1 2 3 4 5
34 No meu grupo de trabalho existe liberdade de falar, criticar, sugerir e trocar ideias					1 2 3 4 5
35 Existe um forte sentido de trabalho em equipe dentro da minha unidade					1 2 3 4 5
36 O hospital tem boa imagem na comunidade					1 2 3 4 5
37 A Secretaria de Saúde tem uma boa imagem dentro da comunidade					1 2 3 4 5
38 Na Secretaria de saúde existe um sistema eficaz para resolver as reclamações da comunidade					1 2 3 4 5
39 A Secretaria de Saúde comunica adequadamente à comunidade os seus projetos, investimentos e realizações					1 2 3 4 5
40 Existe um bom relacionamento entre os servidores e as pessoas que fazem uso dos serviços oferecidos pela Secretaria de Saúde					1 2 3 4 5
41 Os servidores da Secretaria de Saúde atendem à comunidade adequadamente					1 2 3 4 5
42 Os usuários dos serviços de saúde reconhecem o trabalho dos servidores da Secretaria de Saúde					1 2 3 4 5
43 As condições do meu local de trabalho são satisfatórias					1 2 3 4 5
44 Na minha unidade existem recursos de trabalho adequados para a realização do meu trabalho					1 2 3 4 5
45 A Secretaria de Saúde se preocupa com minha segurança no trabalho					1 2 3 4 5
46 Existem medidas de segurança adequadas para a execução do meu trabalho					1 2 3 4 5
47 Os equipamentos de trabalho são adequados para garantir a segurança do servidor					1 2 3 4 5
48 A Secretaria de Saúde se preocupa com meu bem-estar					1 2 3 4 5
49 Tenho condições necessárias para a realização do meu trabalho					1 2 3 4 5
50 Conheço ao planejamento estratégico da Secretaria de Saúde					1 2 3 4 5
51 Conheço os indicadores e metas traçadas pela Secretaria de Saúde					1 2 3 4 5
52 Conheço a estrutura organizacional da Secretaria de Saúde					1 2 3 4 5
53 Participo de alguma forma, do processo de elaboração do planejamento estratégico da Secretaria de saúde					1 2 3 4 5
54 Consigo aplicar nas minhas atividades diárias as diretrizes do planejamento estratégico					1 2 3 4 5
55 A Secretaria de Saúde tem realizado as mudanças necessárias visando ao seu crescimento e desenvolvimento					1 2 3 4 5
56 Na Secretaria de Saúde, os servidores são estimulados a participar das contínuas mudanças					1 2 3 4 5
57 Minha remuneração é compatível com as responsabilidades do trabalho que realizo					1 2 3 4 5
58 Minha remuneração está de acordo com a praticada pelo mercado					1 2 3 4 5
59 de um modo geral, estou satisfeito com a minha remuneração					1 2 3 4 5
60 Considero as políticas de remuneração do governo estadual justas e motivadoras					1 2 3 4 5

ANEXO D

Carta de Aprovação da Pesquisa do Comitê de Ética em Pesquisa da UFES



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 01 de março de 2012.

De: Prof. Dr. Adauto Emmerich Oliveira
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Prof. (a) Sônia Regina Fiorini Enumo
Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado "**Stress, Coping e Cultura Organizacional em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e suas relações com o manejo de dor.**"

Senhor (a) Pesquisador (a),

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa nº. 260/11 intitulado "**Stress, Coping e Cultura Organizacional em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e suas relações com o manejo de dor.**" e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 29 de fevereiro de 2012.

Lembramos que, cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra "c".

Atenciosamente,


Coordenador do
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/UFES

ANEXO E
Carta de Aprovação da Pesquisa do Comitê de Ética em Pesquisa da SESA



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória

Vitória, 20 de março de 2012.

De: Sílvia Moreira Trugilho
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa - HINSG/SESA

Para: Sandra Willécia Martins

Pesquisador(a) Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **"Stress, coping e cultura organizacional em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e suas relações com manejo de dor"**

Senhor(a) pesquisador(a)

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Nossa da Glória, após analisar o Projeto de Pesquisa, nº de Registro no CEP-01/2012, intitulado: **"Stress, coping e cultura organizacional em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e suas relações com manejo de dor"**, cumprindo os procedimentos internos desta instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 08292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, após análise do mesmo.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador **ELABORAR E APRESENTAR OS RELATÓRIOS PARCIAIS E FINAIS** de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX, 2, letra "c".


Sílvia Moreira Trugilho
Coordenadora do CEP-HINSG/SESA