UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE-ESCOLA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL

FRANCINE VIANA PEREIRA

MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO DA DOR EM RECÉM-NASCIDOS SUBMETIDOS AO EXAME OFTALMOLÓGICO

RIO DE JANEIRO
2018

FRANCINE VIANA PEREIRA

MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO DA DOR EM RECÉM-NASCIDOS SUBMETIDOS AO EXAME OFTALMOLÓGICO

Artigo de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em Enfermagem na Saúde Perinatal

Orientador: Danielle Lemos Querido

Rio de Janeiro, 2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

MATERNIDADE-ESCOLA

FRANCINE VIANA PEREIRA

MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO DA DOR EM RECÉM-NASCIDOS SUBMETIDOS AO EXAME OFTALMOLÓGICO

Artigo apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em Enfermagem na Saúde Perinatal.

Aprovado em 28 de Fevereiro de 2018

BANCA EXAMINADORA

Danielle Lemos Querido

Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Bárbara Karine Gonet Amaral Abitbol

Camilla da Silva Dias

O presente artigo trata do manejo não farmacológico da dor em recém nascidos submetidos ao exame oftalmológico, obtido a partir de um estudo experimental, transversal, com abordagem quantitativa que teve como propósito investigar a efetividade do uso da glicose 25% associada à sucção não nutritiva no manejo da dor durante a realização deste exame. O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Será submetido para apreciação e possível publicação na Revista de Enfermagem do Nordeste (Rev Rene).

Manejo não farmacológico da dor em recém nascidos submetidos ao exame oftalmológico

Francine Viana Pereira[1], Danielle Lemos Querido[1], Ana Paula Vieira dos Santos Esteves[1], Viviane Saraiva de Almeida[1], Camilla da Silva Dias[1], Marialda Moreira Christoffel[1]

Objetivo: Investigar a efetividade do uso da glicose 25% associada à sucção não nutritiva no manejo da dor durante o exame oftalmológico. **Métodos**: Estudo transversal, experimental, quantitativo com 56 recém-nascidos submetidos ao exame oftalmológico. O grupo controle (n=28) não recebeu qualquer intervenção e o grupo experimental (n=28) recebeu 1 ml de glicose 25% associada à sucção não nutritiva. A dor foi avaliada através da Escala de Avaliação da Dor Neonatal. Os dados foram analisados com auxílio do programa Statistical Package for the Social Science. **Resultados:** Constatou-se diferença estatisticamente significante entre os grupos experimental e controle em relação à avaliação da presença de dor durante o procedimento. **Conclusão:** O uso da glicose 25% associada à sucção não nutritiva exerceu um efeito analgésico nos recém-nascidos submetidos ao exame oftalmológico. Sugere-se a implantação desta ou de outras medidas não farmacológicas como rotina na realização da oftalmoscopia. **Descritores**: Enfermagem Neonatal; Dor; Recém-nascido; Oftalmoscopia; **Descriptors:** Neonatal Nursing; Pain; Newborn; Ophthalmoscopy

[1]Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Autor Correspondente: Francine Viana Pereira
Rua das Laranjeiras, 180, Laranjeiras, Rio de Janeiro - RJ, 22240-000. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: francinevianap@gmail.com

Introdução

Experiências dolorosas no período neonatal têm um impacto negativo no desenvolvimento neurocomportamental de recém-nascidos, no crescimento pós-natal, na ativação cortical e no amadurecimento do cérebro[1].

Apesar de evidências científicas apontarem esses dados, desde os primeiros minutos de vida os recém-nascidos são submetidos a diversos procedimentos - em sua grande maioria dolorosos - pela equipe de saúde para a manutenção de sua saúde e profilaxia de doenças.

Dentre os inúmeros procedimentos, destacamos o exame oftalmológico que é realizado pelo oftalmologista em recém-nascidos com histórico familiar e/ou gestacional de infecções congênitas (toxoplasmose, sífilis, SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), varicela, citomegalovírus, rubéola, herpes e vírus Zika); recém-nascidos expostos à drogas como álcool, drogas ilícitas e algumas medicações (talidomida, misoprostol, benzodiazepínicos) e recém-nascidos com histórico de retinoblastoma na família. Além disso, é indicado também para bebês nascidos prematuros para investigação de retinopatia da prematuridade[2].

Mesmo não sendo um exame invasivo, este é capaz de causar grande desconforto e dor devido à excessiva manipulação das pálpebras pelo oftalmologista na tentativa de abri-las e pelo forte foco de luz que é direcionado nos olhos dos recém-nascidos durante a realização do procedimento. Esse exame deve ser realizado a partir da quarta semana de vida sob midríase medicamentosa com o uso de colírios específicos para essa finalidade[2]. Os colírios comumente utilizados causam ardência ocular, o que evidencia o potencial doloroso do exame. Entretanto, trata-se de um procedimento comumente realizado nas unidades de terapia intensiva neonatal[3] sem o uso rotineiro de métodos não farmacológicos para o manejo da dor.

Os atendimentos oftalmológicos evidenciam muitas vezes o cuidado centrado no procedimento diagnóstico, quase ausentando a criança do contexto. Os próprios pais que acompanham o exame corroboram da opinião de que ele pode ser considerado invasivo e doloroso e tornam-se testemunhas oculares das manifestações álgicas da criança e da atitude insensível e 'fria' dos oftalmologistas em relação a tal comportamento[4].

Pelos recém-nascidos apresentarem uma linguagem peculiar e não conseguirem manifestar verbalmente a sua dor, diversos instrumentos multidimensionais foram elaborados com o objetivo de avaliar a dor neonatal. Estes são compostos por indicadores comportamentais e fisiológicos, isolados ou combinados que se modificam diante a um estímulo doloroso[5]. Dentre

tais, podemos destacar a Escala de Avaliação da Dor Neonatal que é amplamente utilizada em prematuros e lactentes a termo[6].

A escala de avaliação da dor neonatal[7] é de fácil compreensão e aplicação, além de ser útil para os profissionais de saúde que trabalham com neonatos expostos a estímulos dolorosos[8]. Nela são avaliados cinco fatores comportamentais (expressão facial, choro, movimento de braços, movimento de pernas, estado de alerta) e um fator fisiológico (padrão respiratório). Cada fator contém dois itens onde é atribuído uma pontuação de 0 a 1. O fator choro é o único que compreende três itens, sendo pontuado em uma escala de 0 a 2[9].A escala produz uma pontuação total que varia de 0 a 7, onde os resultados iguais ou maiores a 4 são indicativos de dor[7].

Diante destas informações, determinou-se como objetivo do estudo analisar a efetividade do uso da glicose 25% associada à sucção não nutritiva no manejo da dor durante o exame oftalmológico.

Metodologia

Estudo experimental, transversal, com abordagem quantitativa que teve como propósito analisar se através da manipulação de um determinado fator (uso da glicose 25% associada à sucção não nutritiva), a critério do pesquisador, geraria um impacto em um outro fator (manifestação da dor durante a realização da oftalmoscopia). Em outras palavras, utilizou como variável dependente a manifestação de dor durante a realização da oftalmoscopia analisada pela escala de avaliação da dor neonatal, e como variável independente o uso da glicose 25% associada à sucção não nutritiva, analisada também com o uso da mesma escala[9] .

A pesquisa foi desenvolvida na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. Pela leitura dos registros contidos no livro de atendimento da oftalmologista, foi possível descobrir o quantitativo de recém-nascidos submetidos ao exame oftalmológico nesta Maternidade no ano anterior, num período de seis meses (maio a outubro de 2016) e selecionar apenas aqueles que se encaixavam no perfil desejado do estudo nesse período (52 recém-nascidos). Baseado nesse valor (n = 52), calculou-se a amostra do estudo com o uso da fórmula n = N.Z2.p.(1 – p)/Z2.p.(1 – p)+ e2. (N-1), onde n refere-se à amostra calculada, N à população, Z à variável normal padronizada associada ao nível de confiança, p a verdadeira probabilidade do evento, e refere-se ao erro amostral. Assim, descobriu-se que a amostra necessária para a realização do presente estudo eram de 46 recém-nascidos.Durante a coleta dos dados, foi possível

obter uma amostra de recém-nascidos maior do que a amostra exigida representada no cálculo supracitado, pois existe uma rotina institucional bem definida para realização desse exame, portanto, participaram do estudo, o total de 56 recém-nascidos. Estes foram distribuídos aleatoriamente em dois grupos: grupo experimental, composto por recém-nascidos com número de ordem de atendimento par, e o grupo controle composto por recém-nascidos com número de atendimento ímpar.

O processo de intervenção com o grupo experimental e de não intervenção com o grupo controle se deu da seguinte forma: Grupo experimental - posicionava-se o recém-nascido em decúbito dorsal, pois é a posição adequada para a realização do exame pela oftalmologista; instilava-se 1 ml de glicose 25% no dorso da língua do recém-nascido, 2 minutos antes do início do procedimento, seguido da introdução do dedo mínimo enluvado na boca do bebê para promover a sucção não nutritiva associada à glicose 25%; a médica especialista iniciava o exame oftalmológico, enquanto a sucção não nutritiva era mantida até o final do exame; a enfermeira observava fatores comportamentais e fisiológico ainda realizando a sucção não nutritiva. Ao término do exame a enfermeira preenchia a escala de dor neonatal.

Grupo controle: posicionava-se o recém-nascido em decúbito dorsal e iniciava-se o exame; a Enfermeira observava fatores comportamentais e fisiológico sem realizar nenhuma intervenção. Ao término do exame a enfermeira preenchia a escala de dor neonatal

Vale ressaltar que não há rotina de manejo da dor durante a realização desse exame nesta instituição, assegurando a importância da pesquisa para a avaliação da efetividade da intervenção proposta. Ao final do procedimento, era utilizada a escala de avaliação da dor neonatal pela enfermeira para registrar os fatores observados: expressão facial, choro, respiração, extensão e flexão de braços e pernas, e o estado de alerta. A pontuação final ≥ 4 significava presença de dor, enquanto uma pontuação < 4 significava ausência de dor.

Foram incluídos no estudo os recém-nascidos com diagnósticos de retinopatia da prematuridade, cardiopatias, filhos de mães com sorologias virais positivas para HIV, toxoplasmose, sífilis, rubéola e/ou herpes simples, independente de sua idade gestacional; e excluídos aqueles com diagnóstico de microcefalia, portadores de alguma síndrome ou malformação, além de filhos de mães com confirmação ou suspeita de síndrome congênita do vírus Zica durante a gestação devido ao possível comprometimento neurológico que esses quadros clínicos poderiam causar, impossibilitando a avaliação fidedigna da dor através da escala

escolhida. Cabe destacar,que também foram excluídos aqueles que estivessem em uso de qualquer medicação que mascarasse a dor durante o exame como Fenobarbital, Analgésicos e Corticóides. A avaliação da dor foi realizada uma única vez com cada um desses recém-nascidos.

Foi realizada ainda uma pesquisa documental nos prontuários dos recém-nascidos submetidos ao exame, onde a partir de um formulário foram coletados dados como idade gestacional, idade gestacional corrigida, peso, gênero e diagnóstico de indicação do exame. Nesse mesmo formulário era anotado ao final do procedimento o escore de dor apresentado pelo recém-nascido que havia sido submetido ao exame.

A coleta de dados ocorreu de maio a novembro de 2017 durante os atendimentos de rotina realizados pela oftalmologista nesta maternidade. Os dados foram organizados em uma planilha e analisados com auxílio do programa Statistical Package for the Social Science, versão 21 e trabalhados com a estatística descritiva. Foi utilizado o teste de *Fisher* considerando nível de significância de 5%.

Assim, foi possível comparar o escore de dor apresentado pelos recém-nascidos que utilizaram glicose 25% associada à sucção não nutritiva com aqueles que foram submetidos ao exame sem nenhum tipo de intervenção. O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

Foram selecionados de forma aleatória para o estudo 56 recém-nascidos, sendo 28 do grupo experimental e 28 do grupo controle. Em relação a caracterização da amostra estudada, no grupo experimental observou-se um quantitativo maior pertencente ao sexo masculino 15 (53,6%) comparado ao sexo feminino, 13 (46,4%). Em relação à classificação dos recém-nascidos segundo a idade gestacional de nascimento, a maior parcela foi de recém-nascidos pré-termo 19 (65,5%) e a menor de a termo 9 (32,1%), diferente do ocorrido com a idade gestacional corrigida dos bebês no momento da realização do exame onde prevaleceu os a termo 23 (82,1%) comparados aos pré-termo 5 (17,9%) (tabela 1).

Quanto ao peso no dia da realização do exame, 18 (64,3%) bebês apresentavam-se com mais de 2500g , 9 (32,1%) bebês com peso entre 1500g e 2500g e 1 (3,4%) com peso menor que 1500g. Em relação à indicação do exame, 18 (64,3%) foram submetidos ao procedimento devido

ao diagnóstico de prematuridade, 7 (25%) pelo diagnóstico de sífilis congênita, 2 (7,1%) por toxoplasmose congênita e 1 (3,6%) classificado como outros diagnósticos (sepse) (tabela 1).

Em relação ao grupo controle, a caracterização da amostra demonstrou que o sexo masculino prevaleceu com 16 (57,1%) bebês quando comparados com o sexo feminino, 12 (42,9%). A classificação dos recém-nascidos segundo a idade gestacional de nascimento que predominou foi a de pré-termo 17 (60,7%), tendo como 11 (39,3%) o número de bebês a termo. Quanto à idade gestacional corrigida dos bebês no momento da realização do exame a frequência dos classificados como a termo foi de 14 (50%) e os pré-termo de 14 (50%) (tabela 1).

Com relação ao peso, 11 bebês (39,3%) apresentavam mais de 2500g no dia da realização do exame, 15 (53,6%) entre 1500g e 2500g, e 2 (7,1%) com menos de 1500g. Em relação à indicação do exame, 17 (60,7%) foram submetidos ao procedimento devido ao diagnóstico de prematuridade, 5 (17,9%) por sífilis congênita, 4 (14,3%) por toxoplasmose e 2 (7,1%) com outros diagnósticos (exame de fundo de olho alterado) - (tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização da amostra dos recém-nascidos submetidos ao exame oftalmológico na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

		Grupo Experimental	Grupo Controle
		Frequência n (%)	Frequência n (%)
Gênero	Feminino	13 (46,4)	12 (42,9)
	Masculino	15 (53,6)	16 (57,1)
Idade Gestacional	A termo	9 (32,1)	11 (39,3)
	Pré-termo	19 (67,9)	17 (60,7)
Idade Gestacional Corrigida	A termo	23 (82,1)	14 (50,0)
	Pré-termo	5 (17,9)	14 (50,0)
Peso	<1500g	1 (3,4)	2 (7,1)
	Entre 1500 e 2500g	9 (31,0)	15 (53,6)

	,>2500g	18 (62,1)	11 (39,3)
Indicação do exame	Prematuridade	18 (64,3)	17 (60,7)
	Sífilis	7 (25,0)	5 (17,9)
	Toxoplasmose	2 (7,1)	4 (14,3)
	Outros	1(3,6)	2 (7,1)

Fonte: Base de dados do Serviço de Oftalmologia da Maternidade Escola da UFRJ.

No tocante à avaliação da dor pela escala de avaliação da dor neonatal, o estudo evidenciou que 18 recém-nascidos (64,3%) que utilizaram a glicose 25% associada à sucção não nutritiva apresentaram uma pontuação < 4, que significa ausência de dor, e 10 (35,7%) apresentaram uma pontuação ≥ 4 revelando a presença de dor. No grupo controle onde não foi realizado nenhuma intervenção a presença da dor foi mais frequente, evidenciando que apenas 2 bebês (7,1%) tiveram uma pontuação < 4, e 26 bebês (92,9%) ≥ a 4. Os dados foram representados abaixo na tabela 2.

Tabela 2 – Escore da escala de avaliação de dor dos recém-nascidos submetidos ao exame oftalmológico na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

	Escore da escala de avaliação de dor neonatal ≥ 4.	Escore da escala de avaliação de dor neonatal < 4	p-valor
	n (%)	n (%)	
Grupo controle	26 (92,9)	2 (7,1)	<0,0001
Grupo experimental	10 (35,7)	18 (64,3)	<0,0001

Fonte: Dados da pesquisa.

Discussão

Este estudo apresentou como limitação seu reduzido tamanho amostral e a falta de randomização, o que pode dificultar a extrapolação de seus resultados.

A dor é capaz de causar sofrimento e desconforto no recém-nascido. Por conta disto, nos últimos anos, esse assunto passou a despertar o interesse de profissionais da saúde, em especial de enfermeiros motivados a realizar um cuidado humanizado capaz de identificá-la e minimizá-la[10].

O principal dado do estudo foi que o escore prevalente no grupo controle foi maior ou igual a 4, indicando presença de dor neonatal na maioria dos recém-nascidos submetidos ao procedimento. Em contrapartida, no grupo experimental, houve uma tendência de apresentação de escore menor que 4 indicando ausência de dor.

Ao se avaliar quantitativamente o escore da escala de avaliação da dor neonatal apresentada pelos recém-nascidos alocados no grupo controle e no grupo experimental, foi observada uma diferença estatisticamente significante entre os dois grupos. Assim, podemos perceber que o grupo experimental se beneficiou de alguma forma dos efeitos analgésicos das medidas não farmacológicas utilizadas.

Um ensaio clínico avaliou a efetividade da sucção não nutritiva no manejo da dor de recém-nascidos submetidos à instalação e reinstalação de pronga nasal com pressão positiva contínua. Pela comparação do grupo que recebia a sucção não nutritiva durante a instalação com o grupo que não recebia, os dados obtidos através da escala de dor demonstraram que em 100% dos procedimentos realizados com a sucção não nutritiva, os recém-nascidos não sentiram dor; enquanto 100% dos recém-nascidos que passaram pela instalação da pronga sem a intervenção não farmacológica sentiram [11], sugerindo a efetividade deste método.

Ensaio clínico realizado com 124 recém-nascidos, comparou o efeito do uso de 1ml de glicose 25% no manejo da dor de prematuros submetidos ao exame oftalmológico, estando eles distribuídos aleatoriamente em grupo que recebeu a intervenção (n=70) e grupo que não a recebeu (n=54). Pela escala de dor neonatal constatou-se que o número de pacientes com dor após o exame oftalmológico foi de 15,7% no grupo de intervenção e 68,5% no grupo controle ($p < 0{,}001$), sugerindo a efetividade da glicose [12].

Evidências cientificas apontam que a exposição a estímulos dolorosos em recém nascidos prematuros implica de maneira negativa no crescimento, no desenvolvimento cerebral, na atenção e no desenvolvimento cognitivo, emocional e motor.[13] Os prematuros acabam sendo submetidos a um número maior de procedimentos devido a gravidade de seus quadros; além disso, são mais vulneráveis á dor processual quando comparados aos a termo, já que o limiar de dor deles é

reduzido devido o sistema responsável pela modulação da dor e manutenção da homeostase ainda ser imaturo [14]. Por isso, é de suma importância a realização de pesquisas que busquem novos métodos como alternativas para amenizar a dor sentida por esses pacientes.

Estes métodos podem ser usados de forma isolada ou agrupados para potencializar o efeito de redução da dor. A glicose e a sucção não nutritiva costumam ser as opções de maior escolha pelos profissionais por oferecerem uma efetividade maior [15], principalmente quando realizadas em conjunto [16].

A glicose promove a ativação do sistema opióide endógeno através do paladar [17], o qual possui propriedades analgésicas intrínsecas que bloqueia o caminho da dor [18]; já a sucção não nutritiva atua diminuindo a hiperatividade do neonato, além de ser capaz de modular o desconforto e diminuir a dor dos recém nascidos a termo e prematuros submetidos a procedimentos dolorosos [15].

A escolha pelo uso de medidas não farmacológicas têm se mostrado como uma estratégia terapêutica no manejo da dor dos recém-nascidos[10]. Sobre o manejo não farmacológico da dor durante a punção arterial, venosa e capilar, a glicose é a intervenção que é mais frequentemente utilizada, mostrando-se eficaz; e além dela novas intervenções vêm sendo adotadas como alternativas, como o leite materno, a sacarose, o enrolamento e o uso de aromas[10].

O protocolo operacional padrão referente ao preparo de pacientes para o exame oftalmológico já existente nesta instituição não preconiza o uso rotineiro de métodos não farmacológicos durante a realização deste exame. A padronização de um protocolo é o processo que permite o desenvolvimento, a concordância e implementação de especificações técnicas, critérios, métodos, processos, projetos ou práticas uniformes[19].

As boas práticas para a segurança no cuidado de pacientes afirmam que a utilização de protocolos operacionais padrão é recomendável, pois podem aumentar a compatibilidade, interoperabilidade, segurança, repetibilidade e qualidade do procedimento além de reduzir a variação da aplicação do mesmo[19], assegurando a importância da implementação e/ou atualização de protocolos que evidenciem o uso de métodos não farmacológicos durante a realização do exame oftalmológico.

Conclusão

Este estudo evidenciou que o exame oftalmológico é um procedimento doloroso, e que o uso da glicose 25% associada à sucção não nutritiva exerceu um efeito analgésico nos recém-nascidos submetidos a este exame.

A maternidade onde foi realizada a pesquisa não adota como rotina o uso de métodos não farmacológicos para o manejo da dor durante a realização do exame oftalmológico, o que reforça a contribuição direta dos achados dessa pesquisa para uma possível mudança da prática assistencial protegendo o desenvolvimento neurocomportamental a longo prazo dos recém-nascidos.

Assim, ressalta-se a importância da conscientização e da capacitação da equipe de saúde que está envolvida na realização desse exame no que diz respeito ao uso de medidas não farmacológicas durante a oftalmoscopia ou outros procedimentos dolorosos; a orientação sobre o uso destes métodos aos pais ou responsáveis legais dos recém-nascidos para que compreendam a importância do uso e sejam capazes de promover uma participação ativa durante o procedimento; além da adoção de protocolos operacionais padrão que determinem o uso desses métodos como uma rotina a ser seguida nesta e em outras instituições que realizam este exame.

Desta forma, a pesquisa deixa como contribuição a importância da realização de novos estudos destacando o exame oftalmológico como um procedimento doloroso, o qual merece a implantação desta ou de outras medidas não farmacológicas como rotina durante sua realização e sugere que estes estudos envolvam a participação de um quantitativo maior de recém nascidos.

Agradecimentos

Agradecemos à oftalmologista Bárbara Karine Gonet Amaral Abitbol, responsável pela realização dos exames oftalmológicos em toda instituição, que se mostrou receptiva à ideia da aplicação do projeto e aceitou modificar o seu processo de trabalho acreditando nos benefícios que este estudo traria para a prática assistencial.

Colaborações

Pereira FV contribuiu na concepção do projeto, coleta, análise, interpretação dos dados e redação do artigo; Querido DL contribuiu na análise, interpretação dos dados, redação do artigo, aprovação da versão final a ser publicada; Esteves APVS contribuiu na revisão crítica relevante

do conteúdo intelectual; Almeida VS contribuiu na revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Dias CS contribuiu na revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Christoffel MM contribuiu na revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Referências

1. Valeri BO, Holsti L, Linhares LBM. Neonatal Pain and Developmental Outcomes in Children Born Preterm: a systematic review. Clin J Pain [Internet]. 2015 [citado 2018 jan 5]; 31 (4):355-62. Disponível em : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24866853

2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância : detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Especializada. 2016; 2: 44

3. Cohen AM, Cook N, Harris MC, Ying GS, Binenbaum G. The pain response to mydriatic eyedrops in preterm infants. Journal of Perinatology. 2013; 33:462– 65. doi:10.1038/jp.2012.149

4.Facio BC, Marski, BSL; Higarashi, HI; Misko MD, Silveira AO; Wernet M. (Des)acolhimento nas interações com os profissionais: experiências de pais de crianças com retinopatia da prematuridade Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2016. 50 (6): 913-21. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000700006

5. Bueno M, Costa P, Oliveira AAS, Cardoso R, Kimura AF. Tradução e adaptação do Premature Infant Profile para língua portuguesa. Texto Contexto Enferm. 2013; 22(1): 29-35. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100004

6.Motta G de C, Schardosim JM, Cunha ML. Neonatal Infant Pain Scale: Cross-Cultural Adaptation and Validation in Brazil. J Pain Symptom Manage. 2015; (3): 394-401. doi: 10,1016/j.jpainsymman.2015.03.019

7. Lawrence J, Alcock D, McGrath P, Kay J, MacMurray SB, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal Netw [Internet] 1993 [citado 2018 jan 7];12: 59 - 66. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8413140

8. Motta GCP, Cunha MLC. Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. Rev Bras Enferm. 2015; 68 (1) 131-35. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680118p

9. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 2016; 10.

10. Morais APS, Façanha SMA, Rabelo SN, Silva AVS, Queiroz MVO, Chaves EMC. Medidas não farmacológicas no manejo da dor em recém-nascido: cuidado de enfermagem. Rev Rene. 2016; 17(3):435-42. doi: 10.15253/2175-6783.2016000300019

11. Antunes JCP, Nascimento MAL. A sucção não nutritiva do recém-nascido prematuro como uma tecnologia de enfermagem. Rev. bras. enferm. 2013; 66 (5): 663-67. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000500004

12. Costa MC, Eckert GU, Fortes BGB, Filho JB ,Silveira, RC ,Procianoy, RS. Oral glucose for pain relief during examination for retinopathy of prematurity: a masked randomized clinical trial. Clinics São Paulo. [Internet] 2013 [citado 2018 jan 10]; 68 (2):199-204. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23525316

13.Valeri BO, Holsti L, Linhares MBM. Neonatal pain and developmental outcomes in children born preterm: a systematic review. Clin J Pain Ed. [Internet] 2015 [citado 2018 mar 18] ;31(4):355-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0080-62342017000100413000008&lng=en

14.Peng HF, Yin T, Yang L, Wang C, Chang YC, Jeng MJ, et al. Non-nutritive sucking, oral breast milk, and facilitated tucking relieve preterm infant pain during heel-stick procedures: A prospective, randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2018: 162-70. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.10.001

15. Motta GCP, Cunha MLC. Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. Rev bras enferm. [Internet] 2015 [citado 2018 mar 15]; 68(1):422-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo. php?pid=S0034-71672015000100131&script=sci_arttext

16. Kegler JJ, Paula CC, Neves ET, Jantsch LB. Manejo da dor na utilização do PICC em neonato. Esc Anna Nery [Internet] 2016 [citado 2018 mar 15]; 20(4). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n4/1414-8145-ean-20-04-20160099.pdf

17. Carbajal R, Gréteau S, Arnaud C, Gued R. Douleur en néonatologie, traitements non médicamenteux. Arch Pédiatrie [Internet] 2015 [citado 2018 jan 9]; 22(2): 2017-21. Disponível em: https://kundoc.com/pdf-douleur-en-neonatologie-traitements-non-medicamenteux-.html

18. Motta GCP, Schardosim JM, da Cunha MLC. Neonatal infant pain scale: Cross-cultural adaptation and validation in Brazil. J Pain Symptom Manage. 2015; 50:394–401. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.03.019

19. Leotsakos A, Zheng H, Croteau R, Loeb JM, Sherman H, Hoffman C, et al. Standardization in patient safety: the WHO High 5s project. International Journal for Quality in Health Care. 2014; 26(2):109–16, https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu010

Regras para submissão do manuscrito

Formatação

Os trabalhos deverão ser apresentados em formato Word for Windows, para impressão em papel A4, em espaço 1,5, margem de 2,5 cm cada um dos lados, letra 12, Times New Roman, parágrafos alinhados a 1cm.

Primeira página

Título do artigo: sintético e objetivo, apresentado somente no idioma de submissão, em negrito; com no máximo 14 palavras, em caixa baixa, inicial maiúscula para primeira palavra e/ou nomes próprios, centralizado, letra 12, *Times New Roman*. Evitar utilizar: localização geográfica da pesquisa, abreviações e identificação do tipo de estudo.

Autores: a indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a seis e devem apresentar-se na sequência do texto, em tamanho 12, iniciais maiúsculas, separados por vírgula, com números sobrescritos.

Ex.: Ana Fátima Carvalho Fernandes1, Thereza Maria Magalhães Moreira2

Resumo: deve ser estruturado, sem siglas, somente no idioma de submissão, contendo no máximo 150 palavras, objetivos, métodos (sem período e local do estudo), principais resultados e conclusões, fornecendo visão clara e concisa do conteúdo. Deve ser redigido em espaço 1,5cm, letra 12, Times New Roman, na mesma sequência do título.

Descritores: em português e inglês, separados por ponto e vírgula e com iniciais maiúsculas, exceto para preposições; devem acompanhar o resumo, respeitando-se o número de três a cinco. Utilizar os descritores referidos nos "Descritores em Ciências da Saúde" - DECS/LILACS/BIREME disponível no endereço http:/ http://decs.bvs.br/ e/ou MESH/ "Medical Subject Heading" - Index Medicus. Nomenclatura dos descritores: Descritores e Descriptors, letra 12, em negrito.

Notas dos autores: indicação de instituição a que estão vinculados, cidade, estado e país.

Seguidamente, informar nome e endereço completo com CEP do autor correspondente.

As afiliações dos autores, bem como seus endereços eletrônicos devem ser expressas em

Metadados da Submissão.

Ex.: 1Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

Autor correspondente: Autor

Endereço completo: informar CEP e e-mail

Corpo do texto

Texto: Não utilizar siglas no texto, priorizar sua descrição, com exceção para aquelas reconhecidas internacionalmente. Deve ser obedecida a estrutura exigida para cada categoria de manuscrito.

Introdução - A finalidade da introdução é apresentar a fundamentação teórica sobre o objeto de estudo, ademais enunciar, com as devidas justificativas e explicações, a originalidade e validade, finalidade e aplicabilidade da contribuição ao conhecimento pretendida. Evite a citação de comunicações pessoais ou materiais inéditos. O objetivo deve ser colocado no último parágrafo da introdução e para cada objetivo deverá haver uma conclusão.

Métodos - descreve como a pesquisa foi realizada, a lógica do raciocínio do autor na ordenação dos procedimentos e das técnicas utilizadas para a obtenção dos resultados. O método estatístico e o critério matemático de significância dos dados também devem estar declarados. Estruture da seguinte forma, sem subitens: tipo de desenho de pesquisa, população (explicitando os critérios de seleção), cálculo do tamanho da amostra, instrumento de medida (com informações sobre validade e precisão), coleta (dos últimos cinco anos) e análise de dados. Nos casos de pesquisa envolvendo seres humanos termine com a seguinte frase: o estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados - descrição do que foi obtido na pesquisa, sendo exclusivo do pesquisador, sem citações ou comentários ou interpretações pessoais (subjetivas).

Discussão – Deve apresentar a apreciação crítica do autor, os novos e importantes aspectos do estudo e a explicação sobre o significado dos resultados obtidos e as suas limitações, relacionando-as com outros estudos. A linguagem obedece a estilo crítico e o verbo aparece no passado. A essência da discussão é a interpretação dos resultados obtidos e sua relação com o conhecimento existente, de forma a chegar-se a uma conclusão. Comece a discussão explicitando os limites dos resultados, lembrando que o limite é dado pelo método escolhido. No segundo parágrafo explicite a contribuição dos resultados deste estudo e sua aplicabilidade prática.

Nota: Os trabalhos devem apresentar os resultados separados da discussão.

Conclusão: Apresentar a escrita em frase clara, simples e direta, demonstrando o cumprimento do objetivo proposto. No caso de mais de um objetivo, deve haver uma conclusão para cada objetivo. Nenhum outro comentário deve ser incluído na conclusão. Nesta seção, não devem conter citações.

Agradecimentos: item opcional. Podem ser incluídas pessoas envolvidas que não se configuram como autores ou instituições. No caso de apoio financeiro de instituição, informar número de processo.

Colaborações: item obrigatório. Informar em relação aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

Referências - as referências dos documentos impressos e/ou eletrônicos deverão seguir o Estilo Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, disponíveis no endereço eletrônico www.icmje.org. O alinhamento das referências deve justificado. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus e International Nursing Index*. Para os periódicos que não se encontram neste *site*, poderão ser utilizadas as abreviaturas do Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas (CCN), do IBICT, disponível em:http://ccn.ibict.br/busca.jsf e o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da BVS, disponível em: http://portal.revistas.bvs.br. As referências são utilizadas para convencer o leitor acerca da validade dos fatos e argumentos apresentados. Quando adequadamente escolhidas, fornecem maior credibilidade ao trabalho. **Observação:** deve-se priorizar a citação de referências atualizadas, ou seja, publicadas nos últimos cinco anos, considerando o momento da submissão do manuscrito.

Devem ser citadas de periódicos científicos indexados em bases de dados nacionais e internacionais que foram consultadas na íntegra pelo autor e que tenham relação direta, relevante com o assunto abordado;

Não incluir na lista referências que não possam ser recuperadas no original pelo leitor, como teses e dissertações, trabalhos de conclusão de curso e outras fontes inacessíveis (apostilas, anais etc.) ou obras de reduzida expressão científica. A atualidade da referência, isto é, a citação de obras recentes, com menos de cinco anos, é essencial em artigos originais;

No texto, as citações devem ser numeradas, consecutivamente, em algarismos arábicos, entre parênteses, sobrescritos e sem menção do nome dos autores. Ex:(1). Quando se tratar de citação sequencial, separar os números por traço (ex: 1-6); quando intercalados, usar vírgula (ex: 2,6,10). Devem ser apresentadas sem negrito, itálico ou grifo;

As referências a artigos publicados em periódicos latino-americanos e que possuem versão em inglês, deverão ser citadas com o título em inglês;

Não incluir mais de 20 referências e menos de 15.

Na lista ao final:

Autores: citar até seis autores, separados por vírgula, entrando pelo sobrenome, com apenas a inicial maiúscula, seguido das iniciais de prenomes e de outros sobrenomes, sem ponto ou qualquer outro elemento de ligação entre eles. Ex: Vasconcelos FF e não Vasconcelos, F. de F. Para referências com mais de seis autores, listar os seis primeiros acompanhados de et al., separando-os por vírgula.

Páginas: suprimir dezenas ou centenas repetidas. Ex: usar de 43-8 e não 43-48. Colocação da página na citação, número do autor seguido de dois pontos e número da página. Ex: (1:15)

Notas: Transcrever no idioma da obra, dados como: "Disponível em", "citado ano mês dia" [citado 2014 jan. 20]; Inglês: "Available from" e "cited ano mês dia" [cited 2014 Jan 20] etc.

Elementos integrantes

Falas: em estudos qualitativos, as falas devem ser apresentadas em itálico, sem colchetes e aspas, com ponto final após identificação do depoente, tamanho 10, e na sequência do parágrafo. Não utilizar itálico na identificação do depoente.

Tabelas: limitadas a três, no conjunto. Devem ter títulos concisos (não apresentar local e ano do estudo), numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, não utilizar linhas internas verticais ou horizontais. As notas explicativas devem aparecer no rodapé das tabelas e não no título ou cabeçalho. Devem apresentar-se em preto e branco, sem sombreamento e dentro do próprio texto. Formatar com a ferramenta do Word "inserir tabela", utilizar letra 12, fonte *Times New Roman*. Não ultrapassar uma página.

Figuras: são assim denominadas quadros, gráficos, desenhos e fotografias; devem ter sido desenhadas ou fotografadas por profissionais ou demonstrar excelente qualidade de impressão digital. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que forem citadas no texto. As ilustrações devem ser claras o suficiente para permitir sua reprodução.

Não é permitido que o conteúdo dos gráficos seja o mesmo das tabelas. As legendas das figuras, os símbolos, os números e outros sinais necessitam ser identificados e descritos quanto ao seu significado. Caso os autores optem por utilizar ilustrações já publicadas, devem encaminhar permissão, por escrito, para sua reprodução. Devem apresentar-se em preto e branco. Os títulos devem ser apresentados abaixo das ilustrações.

Abreviações e símbolos: não devem ser utilizadas, optar por descrevê-las, à exceção das reconhecidas internacionalmente.

Notas de rodapé: não devem ser utilizadas.

Exemplos de referências

1. Artigo padrão

Melo GM, Cardoso MVLML. Pain in preterm newborns submitted to music and 25% glucose intervention. Rev Rene. 2017; 18(1):3-10. doi: http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000100002

2. Sem indicação de autoria

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. Arq Bras Cardiol. 2000; 75(6):28-32.

3. Com mais de seis autores

Duckworth W, Abraira C, Moritz T, Reda D, Emanuele N, Reaven P, et al. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. N Engl J Med. 2009; 360(2):129-39.

4. Instituição como Autor

Diabetes Prevention Program Research Group. Achieving weight and activity goals among diabetes prevention program lifestyle participants. Hypertension. 2002; 40(5):679-86.

5. Volume com suplemento

Gérvas J. Atención primaria, de la teoría a la práctica. Cad Saúde Pública. 2008; 24(supl 1):24-6.

6. Editoriais

Kerr LRFS, Kendall C. Qualitative research in health [editorial]. Rev Rene. 2013; 14(6):1061-3.

Livros

7. Indivíduo como autor

Herdman TH. NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification, 2012-2014. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012.

8. Organizador, Editor, Coordenador como autor

Nietsche EA, Teixeira E, Medeiros HP, organizadores. Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a). Porto Alegre: Moriá; 2014.

9. Capítulos de livro

Pagliuca LMF, Rebouças CBA, Sampaio AFA. Tecnologias educativas para pessoas com deficiência visual. In: Nietsche EA, Teixeira E, Medeiros HP, organizadores. Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a). Porto Alegre: Moriá; 2014. p. 181-96.

10. Artigo em formato eletrônico

Moreira RP, Araujo TL, Cavalcante TF, Oliveira ARS, Holanda GF, Morais HCC et al. Cuidador de cliente com acidente vascular encefálico: associação com diagnósticos de enfermagem. Rev Eletr Enf [periódico na Internet]. 2010 [citado 2015 jan. 13]; 12(3):425-30. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a02.htm

11. Documentos Legais

Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Envio dos manuscritos

As submissões dos artigos deverão, obrigatoriamente, ser por via eletrônica, de acordo com as instruções publicadas no site http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo, Fortaleza, CE, Brasil. CEP: 60430-160

Tel.: + 55 85 3366-8453

E-mail: rene@ufc.br

Site: www.revistarene.ufc.br

Check list para submissão do artigo

Preencher utilizando a legenda: S=Sim; N=Não; NA= Não se aplica

(S) Título somente no idioma em que foi redigido o artigo, autores, resumo, com respectivos descritores e notas dos autores NÃO excedem a uma página, isto é, devem estar na primeira página.

(S) Título e resumo, com respectivos descritores, estão apresentados na primeira página.

(S) Título em caixa baixa, somente com as iniciais maiúsculas, exceto para nomes próprios, centralizado e em negrito; com no máximo 14 palavras, letra 12.

(S) Sem siglas e localização geográfica.

Nomes dos autores

(S) Os nomes estão, sequencialmente, alinhados à esquerda, em caixa baixa, com algarismos arábico, sobrescritos, após o nome de cada autor do artigo.

Notas dos autores

(S) Estão completas (devem apresentar instituição a que estão vinculados, cidade, Estado, País. Ex.: 1Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

(S)Logo abaixo das afiliações, registro do autor correspondente, com endereço completo, com CEP e e-mail.

(S) Notas de afiliação dos autores precedidas do nº arábico sobrescrito.

Resumos

(S) Deverá ser estruturado (Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão). Formatado em tamanho 12 e espaçamento de 0 pt antes de depois, e espaço entrelinhas 1,5cm, seguindo o padrão do texto.

(S) Apresentar somente no idioma em que se encontra redigido o artigo.

(S) Sem sigla.

(S) Síntese dos objetivos.

(S) Método e técnica de pesquisa, aplicados.

(S) Número de participantes do estudo.

(S) Procedimento/instrumento de coleta de dados aplicados.

(S) Resultados principais estão elencados.

(S) Há conclusão do estudo.

(S) Está limitado a 150 palavras.

Descritores

(S) Descritores nos idiomas Português e Inglês, separados por ponto e vírgula e com iniciais maiúsculas, exceto para preposições, respeitando-se o número de três a cinco. Descritores referidos nos "Descritores em Ciências da Saúde" - DECS/LILACS/BIREME.

(S) Uso da grafia correta: Descritores e Descriptors, letra 12, em negrito.

Estrutura do texto

(S) Formatado em Times New Roman, fonte 12, espaço 1,5cm entre linhas e espaçamento de 0 pt antes de depois.

(S) Artigo de Pesquisa e demais categorias estruturados com as seguintes seções: Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão. Grafadas somente com as iniciais maiúsculas e em negrito.

(S) Os subtítulos das seções estão grafados em negrito, somente com iniciais das palavras em maiúsculas.

(S) Parágrafo 1cm.

(S) Há numeração de páginas acima e à direita.

(N)Não mencionar sigla(s), optar por descrevê-las por extenso, com exceção das conhecidas internacionalmente.

(N) Não há utilização de expressões do tipo: estudos(9)

Introdução

(S) Objetivo do estudo incorporado à Introdução, no final.

(S) Objetivo conforme apresentado no resumo.

Métodos

(S) Utilização do termo Métodos e não Metodologia.

(S) Indicação do período e local do estudo.

(NA) Explicação de como foi atribuído o nome fictício ou letra e número para depoentes (Ex: D1, D2, D3...).

(S) Apresentação das categorias do estudo.

(S) Inserção de trecho padrão sobre os aspectos éticos seguidos: O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados e Discussão

(S) Trabalhos de abordagem quantitativa e qualitativa devem apresentar Resultados separados da Discussão.

(NA) Trabalhos de caráter qualitativo com falas em itálico, sem colchetes e aspas, com ponto final após identificação do depoente, tamanho 10, e na sequência do parágrafo.

(NA) Não utilização de itálico na identificação do depoente.

Conclusão

(N) No item Conclusão não há citações.

Citações no texto

(NA) Números sequenciais de dois autores, o primeiro e o segundo separados por hífen. Ex: (4-5).

(NA) Números sequenciais de mais de dois autores, primeiro e último separados por hífen. Ex: 4,5,6 e 7 substituir por(4-7).

(S) A citação dos números-índices dos autores, no texto, encontra-se com parênteses. Ex. : (4)

(S) A citação dos números-índices dos autores, no texto, encontra-se após a última palavra da referência, sem espaço entre eles.

(NA) Em citação direta (transcrição de frase de autor entre aspas), há indicação, sobrescrito, além do número do autor, o número da página da fonte. Ex: (10:115).

(N) Citações indiretas (que não sejam transcrições literais) não apresentam o nº da página da fonte.

(S) A enumeração sequencial encontra-se em ordem crescente.

(S) Os autores referenciados foram mencionados somente em números-índices, sem indicação de nomes. Ex: ... enfermagem(9,11,15).

Lista de referências

(S) O estilo Vancouver encontra-se em conformidade com as Diretrizes para Autores.

(S) A forma de apresentar esta seção encontra-se grafada com Referências.

(S) As Referências estão numeradas sequencialmente, com um ponto após o número, espaço e seguindo os créditos, sem recuo.

(S) A referência do Ministério da Saúde está apresentada como Ministério da Saúde (BR).

(N) Não há informação em negrito.

(S) A Lista de Referências encontra-se completa; mínimo de 15 obras e máximo 20 (artigos de pesquisa).

(N) Há referências atuais de outros periódicos, no máximo 5 anos anteriores.

(S) A expressão "et al" foi utilizada adequadamente, após os seis primeiros nomes dos autores. Tal expressão deve ser usada para mais de seis autores.

Tabelas e figuras

(S) Letra em tamanho 12 e espaço 1,5 entre linhas.

(S) Figuras/tabelas limitadas a três no conjunto.

(N) Tabela ou figura não excede a uma página.

(S) Tabela (s) estão formatada (s) na ferramenta do word, sem linhas interiores.

(S) Tabela(s) com n e % em única coluna.

(S) Tabelas(s) com % com uma casa decimal após a vírgula. Ex.: 13,7 e não 13,77

(S) As figuras e tabelas estão inseridas no corpo do texto.

(S) Títulos das figuras estão abaixo destas.

(NA) Quadros, gráficos e fotos estão denominados de figura e apresentados em branco e preto.0

Rev Rene
Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste

#3458 Sinopse

RESUMO AVALIAÇÃO EDIÇÃO

Submissão

Autores	FRANCINE Viana Pereira
Título	Manejo não farmacológico da dor em recém nascidos submetidos ao exame oftalmológico
Documento original	3458-33717-1-SM.DOCX 2018-03-27
Docs. sup.	3458-33719-1-SP.PDF 2018-03-27 INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR 3458-33720-1-SP.PDF 2018-03-27 3458-33721-1-SP.PDF 2018-03-27 3458-33722-1-SP.PDF 2018-03-27 3458-33723-1-SP.PDF 2018-03-27
Submetido por	Senhorita FRANCINE Viana Pereira
Data de submissão	março 27, 2018 - 11:38
Seção	Artigos de Pesquisa
Editor	Nenhum(a) designado(a)

Situação

Situação	Aguardando designação
Iniciado	2018-03-27
Última alteração	2018-03-27

Metadados da submissão

EDITAR METADADOS

Autores

Nome	FRANCINE Viana Pereira
Instituição/Afiliação	—
País	—
POLÍTICA DE CONFLITO DE INTERESSES	—

Resumo da Biografia —

Contato principal para correspondência.

Título e Resumo

Título Manejo não farmacológico da dor em recém nascidos submetidos ao exame oftalmológico

Resumo **Objetivo**: Investigar a efetividade do uso da glicose 25% associada à sucção não nutritiva no manejo da dor durante o exame oftalmológico. **Métodos**: Estudo transversal, experimental, quantitativo com 56 recém-nascidos submetidos ao exame oftalmológico. O grupo controle (n=28) não recebeu qualquer intervenção e o grupo experimental (n=28) recebeu 1 ml de glicose 25% associada à sucção não nutritiva. A dor foi avaliada através da Escala de Avaliação da Dor Neonatal. Os dados foram analisados com auxílio do programa Statistical Package for the Social Science. **Resultados:** Constatou-se diferença estatisticamente significante entre os grupos experimental e controle em relação à avaliação da presença de dor durante o procedimento. **Conclusão:** O uso da glicose 25% associada à sucção não nutritiva exerceu um efeito analgésico nos recém-nascidos submetidos ao exame oftalmológico. Sugere-se a implantação desta ou de outras medidas não farmacológicas como rotina na realização da oftalmoscopia.

Indexação

Área e sub-área do Conhecimento —

Assunto —

Palavras-chave —

Tipo, método ou ponto de vista —

Idioma pt

Apoio e financiamento

Agências —