

Revisão

Medidas preventivas não farmacológicas para o alívio da dor neonatal

Záira Moura da Paixão Freitas, M.Sc.*, Carlos Umberto Pereira, D.Sc.**,
Débora Moura da Paixão Oliveira, M.Sc.***

Enfermeira Obstetra da Secretaria de Estado da Saúde de Aracaju, **Neurocirurgião, Professor Adjunto do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, *Enfermeira Sanitarista da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju*

*Extraído da Dissertação “Conhecimento e atitudes do enfermeiro a respeito da dor em neonatos.”
Apresentada ao Núcleo de Pós Graduação em Medicina e Saúde da Universidade Federal de Sergipe*

Resumo

O estudo apresenta uma revisão bibliográfica cujo objetivo foi conhecer e divulgar as medidas preventivas e não farmacológicas para o alívio da dor neonatal. Foi realizada busca de artigos científicos através das bases de dados do Medline, Scielo e Lilacs com as palavras-chave: dor; recém-nascido; alívio; não-farmacológico. A literatura revela que as medidas não farmacológicas são capazes de bloquear a transmissão nociceptiva da dor, promovendo o seu alívio e prevenção. Os analgésicos usados nas unidades de terapia intensiva neonatal para reduzir a percepção da dor são mais eficazes quando associados a estas medidas, observando-se sinais de alívio da dor em neonatos durante procedimentos dolorosos. A eficácia das medidas não farmacológicas no alívio da dor em recém-nascidos é bem documentada na literatura. No entanto, ainda não existem conclusões definitivas sobre o esquema de uso de doses específicas para algumas delas.

Palavras-chave: dor, recém-nascido, analgesia, eficácia.

Abstract

Non-pharmacological preventive measures for neonatal pain relief

This literature review aimed to disseminate the preventive and non-pharmacological measures for pain relief in neonates. We search of scientific articles through Medline, Scielo and Lilacs databases using the following key-words: pain; newborn; relief, non-pharmacological. The literature shows that non-pharmacological measures are able to block transmission of nociceptive pain, promoting their relief and prevention. The analgesics used in neonatal intensive care units to reduce the perception of pain are most effective when associated with these measures, noting signs of pain relief during painful procedures in neonates. The efficacy of non-pharmacological measures on pain relief in infants is well documented in the literature. However, there are no definitive conclusions about the plan use of specific doses for some of them.

Key-words: pain, newborn, analgesia, efficacy.

Recebido em 17 de novembro de 2010; aceito em 14 de junho de 2011.

Endereço para correspondência: Záira Moura da Paixão Freitas, Rua Édson Ribeiro, 266,
49020-370 Aracaju SE, E-mail: zaira_freitas@yahoo.com.br

Resumen

Las medidas de prevención no farmacológicas para el alivio del dolor en recién nacido

El estudio presenta una revisión bibliográfica cuyo objetivo fue difundir las medidas de prevención y alivio del dolor no farmacológicas para el recién nacido. Se realizó una búsqueda de artículos científicos a través de las bases de datos Medline, Scielo y Lilacs utilizando las palabras-clave: dolor; recién nacido; alivio, no farmacológicos. La literatura muestra que las medidas no farmacológicas son capaces de bloquear la transmisión nociceptiva del dolor, la promoción de su alivio y la prevención. Los analgésicos utilizados en unidades neonatales de cuidados intensivos para reducir la percepción del dolor son más efectivos cuando se asocia con estas medidas, teniendo en cuenta los signos de alivio del dolor durante procedimientos dolorosos en neonatos. La eficacia de las medidas no farmacológicas para el alivio del dolor en los niños está bien documentada en la literatura. Sin embargo, no hay conclusiones definitivas sobre el régimen de uso de dosis específicas para algunas de ellas.

Palabras-clave: dolor, recién nacido, analgesia, eficacia.

Introdução

O conforto, a prevenção do stress e da dor são alguns dos importantes objetivos das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) [1,2]. No entanto os recém-nascido (RN) de risco são expostos a ruídos, luz intensa e contínua bem como procedimentos clínicos invasivos, agressivos e potencialmente dolorosos muitas vezes inevitáveis [3,4]. Calcula-se que um RN internado em uma UTIN receba cerca de 50 a 150 procedimentos potencialmente dolorosos ao dia, e que pacientes abaixo de 1000 gramas sofrem cerca de 500 ou mais intervenções dolorosas, ao longo de sua internação [5].

Profissionais de saúde reconhecem a dor neonatal através de respostas fisiológicas e comportamentais à estimulação nociceptiva [6]. A dor aguda apresenta-se bem delineada temporalmente e associa-se a alterações fisiológicas: alteração da frequência cardíaca e respiratória, alteração da saturação de oxigênio, sudorese palmar, além de distúrbios comportamentais como o choro, movimentação corporal, alterações do estado de sono e vigília e a expressão facial [7]. Apesar de reconhecerem a dor, pesquisas têm demonstrado que ainda é pequena a utilização de analgesia em UTIN [8]. A falta de conhecimento sobre as consequências da dor para o RN, bem como as indicações e os efeitos colaterais de analgésicos nessa faixa etária podem justificar o uso limitado de analgesia durante procedimentos dolorosos frequentemente realizados em UTIN [9,10]. No entanto, vale lembrar que o alívio da dor aumenta a homeostase do RN sendo importante para o cuidado dos prematuros [11].

Apesar da evidência científica dando suporte ao uso de opióides em RN (incluindo morfina, metadona, oximorfina, codeína, fentanil, alfentanil e sufentanil), o risco de efeitos adversos, tais como tolerância, dependência, doenças respiratórias e depressão do sistema nervoso central, muitas vezes, dificulta o uso racional destes agentes, especialmente em prematuros [12,13].

As melhores medidas de tratamento da dor são a prevenção e eliminação de terapias dolorosas, porém estes métodos nem sempre são possíveis, assim sendo, estratégias devem ser utilizadas para que a dor seja minimizada [14]. Os agentes farmacológicos deverão ser utilizados para a terapia da dor severa [13-15], enquanto que para a terapia de dores menores poderão ser utilizadas medidas não-farmacológicas para o seu alívio e prevenção [1,11]. Vale ressaltar que os analgésicos usados para reduzir a percepção da dor são mais eficazes quando associados aos métodos não-farmacológicos [16].

Método

Trata-se de uma revisão da literatura, a qual considerou como fonte de dados os materiais indexados nas bases de dados bibliográficos Lilacs, Scielo e Medline, utilizando-se as seguintes palavras-chave: dor; recém-nascido; alívio; não-farmacológico. Buscou-se publicações do período de 1984 a 2009. Outros materiais foram obtidos por meio de pesquisa não-estruturada ou voluntária em bibliotecas locais com consulta a livros-texto consagrados na área de dor relacionados ao foco da pesquisa.

Resultados e discussão

Medidas não farmacológicas

A eficácia das medidas não farmacológicas no alívio da dor em recém-nascidos é bem documentada na literatura. No entanto, ainda não existem conclusões definitivas sobre o esquema de uso de doses específicas para algumas delas.

Direta ou indiretamente, as medidas não farmacológicas são capazes de bloquear a transmissão nociceptiva e ativar o seu caminho inibitório. Simples e benignas, podem ser utilizadas intervenções como soluções de glicose e sacarose, água estéril, leite humano e amamentação ao seio, colo ou contato físico entre a mãe e RN [17-23]. Utilizam-se ainda, a mudança de decúbito e o posicionamento adequado do RN no leito, produzindo conforto significativo à criança, proporcionando estabilidade durante o procedimento agressivo e minimizando o estímulo doloroso [16,24].

Dentre as medidas não farmacológicas, a literatura aborda o cheiro do leite materno, seu efeito contribui para minimizar o estresse, aliviar a angústia associada ao estímulo doloroso em crianças prematuras e o método canguru que promove, no prematuro, uma habilidade para o seu desenvolvimento neurocomportamental, proporcionando um estágio de sono tranquilo com duração mais longa, ganho de peso, diminuição do choro, manutenção da temperatura corporal, diminuição dos índices de infecção, diminuição do risco de apneia e bradicardia e redução da resposta à dor [25-27].

Observam-se outras intervenções efetivas como a massagem de conforto com movimentos suaves, rítmicos e repetitivos (para acalmar o RN e diminuir o choro), a promoção de um ambiente o mais agradável possível, com o controle de ruídos, intensidade da luz para manter a orientação dia e noite e o ciclo sono-vigília, a comunicação, caso a idade e o estado do paciente assim o permitirem, a permissão das visitas dos pais, evitar o calor, o frio e a fome [14,24,28-30]. Destacam-se também a mudança de posição, mantendo a criança em posição de flexão, o suporte postural e a diminuição da estimulação tátil, facilitando a organização e a autorregulação dos neonatos pré-termo [15].

A sucção não nutritiva (SNN) durante os procedimentos dolorosos pode atenuar a angústia e excitação fisiológica em RN com menor gravidade e complicações pós-parto, minimizando as repercussões da dor [16,31]. A SNN segue um padrão

organizado e repetitivo de sugadas curtas e estáveis, com pausas longas ou irregulares, durante a sucção, o RN realiza os movimentos para sugar, sem, no entanto, se ter a introdução de líquido na cavidade oral [32]. Poderão ser utilizados a mamadeira, chupeta, seio materno vazio ou o dedo enluvado para estimulação motor-oral [15,32].

A analgesia promovida pela SNN, normalmente administrado através de uma chupeta, ainda é alvo de investigação por ser incompatível com o choro e atenuar algumas respostas fisiológicas [31,33], entretanto, o efeito analgésico da sucção de chupeta é mais evidente nos RN a termo [34].

Embora haja controvérsias a respeito da utilização da chupeta em UTIN, pela sua associação ao desestímulo ao aleitamento materno, utilizar-se deste pacificador em RN prematuros que sofrem um grande número de manipulações diárias parece ser de grande importância na organização neurológica e emocional após o estímulo doloroso [35]. Entretanto, mesmo não sendo consensual, discute-se que o uso da chupeta não influencia a amamentação [36].

O uso de substâncias adocicadas, especialmente a sacarose, tem sido referido na literatura como sendo capaz de reduzir a duração do choro, frequência cardíaca e suavizar a expressão facial durante procedimentos dolorosos em RN pré-termos e a termos [29,37-40].

O efeito analgésico da glicose em RN muito prematuros é clinicamente evidente, podendo ser detectado através de escala de avaliação comportamental da dor [34]. Verifica-se a promoção da liberação de opióides endógenos durante a colocação de pequenos volumes de solução de soluções adocicadas na porção anterior da língua em RN antes de procedimentos invasivos [41].

As soluções glicosadas poderão ser utilizadas oralmente, cerca de um a dois minutos antes de pequenos procedimentos como punções venosas, arteriais e capilares ou serem colocadas na boca da criança, durante o próprio procedimento [15,35]. Discute-se a utilização da água com açúcar como analgésico [41].

Baseado em um estudo que examinou o funcionamento neurológico de prematuros que receberam doses repetidas de sacarose durante a primeira semana de vida, Johnston *et al.* [25] não recomendam o uso repetido de sacarose para bebês com menos de 32 semanas de idade. Altas doses de sacarose para as crianças com idade inferior a 31 semanas de gestação foram preditores de menor pontuação na avaliação neurocomportamental de prematuro e obtiveram maior pontuação na escala de risco neuro-biológico.

Como medidas comportamentais, o profissional poderá utilizar a monitorização não invasiva; promover posição confortável para o RN (posição fletida e uso de “ninho”); favorecer suporte postural; racionalizar a manipulação do RN, realizando movimentos suaves, agrupando cuidados e respeitando períodos livres para o sono; dar preferência ao uso de cateteres centrais de maneira a facilitar a coleta indolor de amostras sanguínea; estimar no menor possível o número de procedimentos invasivos; utilizar lanceta apropriada para picada do calcanhar; realizar aspiração endotraqueal somente quando indicado; posicionar adequadamente o tubo traqueal evitando sua tração ou movimentação desnecessária; diminuir a quantidade de esparadrapos e outras fitas adesivas sobre a pele; ter cuidados com o material de monitoração (observar a adaptação do manguito de pressão não invasiva e/ou os intervalos de medição reduzidos, adaptação e rodízio dos sensores do oxímetro de pulso) e sempre que possível prover o contato pele a pele entre pais e RN [12,29,42,43]. Uma vez detectado o desconforto e agitação no RN diante do estímulo doloroso, o profissional de saúde poderá tentar controlá-lo, utilizando algumas das medidas ambientais e comportamentais sugeridas por Anand [44] (Tabela I).

Tabela I - Procedimentos mais frequentes no RN hospitalizado e medida não farmacológica recomendada.

Inserção de catéter venoso periférico	Chupeta com sacarose Imobilização / Contenção
Inserção de catéter percutâneo arterial	Chupeta com sacarose Imobilização / Contenção
Colocação de catéter venoso central	Chupeta com sacarose Imobilização / Contenção
Colocação de cateteres umbilicais	Chupeta com sacarose Imobilização / Contenção Evitar suturas e pinçamentos na pele em volta do umbigo
Punção lombar	Chupeta com sacarose
Punção do calcanhar	Considerar punção venosa periférica no RN de termo e pré-termo “mais maduro” Chupeta com sacarose (concentração de 12% - 24%) administrada 2 minutos antes do procedimento Imobilização / Contenção Considerar contacto cutâneo com a mãe Manipulação suave Preferir dispositivos mecânicos

Injeções subcutânea ou intramuscular	Preferir a via intravenosa (sempre que possível) Chupeta com sacarose Imobilização / Contenção
Aspiração ou entubação endotraqueal	Imobilização / Contenção
Colocação de sonda gástrica (oro ou naso gástrica)	Chupeta com sacarose Imobilização / Contenção Lubrificação adequada Técnica suave
Colocação de dreno torácico	Chupeta com sacarose
Procedimentos de rotina	Chupeta com sacarose Imobilização / Contenção Medidas ambientais

Fonte: Adaptado de Anand KJS [43].

Os efeitos benéficos da musicoterapia podem diminuir a ansiedade e aumentar o grau de relaxamento de pacientes graves em qualquer faixa etária, inclusive nos prematuros [28,29]. A música possui propriedades analgésicas e ansiolíticas podendo ser utilizada em unidades de terapia intensiva com o intuito de aliviar o stress, promovendo a redução de frequência cardíaca e proporcionando um sono mais profundo em RN prematuros [45]. Quando combinada com uma medida de intervenção não farmacológica, obtém-se uma diminuição da resposta de dor [16].

Discute-se também a técnica de acupuntura, como forma de oferecer uma abordagem não farmacológica eficaz para o tratamento da dor leve, moderada ou severa em RN [46].

Conclusão

Os resultados indicam que medidas não farmacológicas reduzem as respostas comportamentais à dor e são efetivas na redução das respostas indicadoras de dor no RN a termo e prematuro, podendo ser utilizadas como estratégias para o alívio da dor neonatal na prática diária.

O estudo mostrou que é crescente a preocupação com os métodos de alívio da dor neonatal e a sensibilidade dos profissionais de saúde envolvidos com o cuidado prestado ao RN internado em UTIN, no entanto o profissional de saúde deverá estar apto a proceder a uma avaliação criteriosa. Uma avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas entre profissionais de saúde sobre dor em crianças

mostrou que quase dois terços dos inquiridos consideraram as medidas não-farmacológicas melhores para o controle da dor. No entanto ainda existe a necessidade de melhorar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a avaliação e o manejo da dor em crianças.

Referências

1. Franck L, Lawhon G. Environmental and behavioral strategies to prevent and manage neonatal pain. *Semin Perinatol* 1998;22:434-43.
2. Barker DP, Rutter N. Exposure to invasive procedures in neonatal intensive care unit admissions. *Arch Dis Child* 1995;72:47-8.
3. Grunau RE, Whitfield MF, Petrie-Thomas J, Synnes AR, Cepeda, IL, Keidar A et al. The analgesic effect of sucrose in full term infants: a randomized controlled trial. *BMJ* 1995;310:1498-500.
4. Fitzgerald M, Beggs S. The neurobiology of pain: developmental aspects. *Neuroscientist* 2001;7:246-57.
5. Guinsburg R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. *J Pediatr* 1999;75:149-60.
6. Anand KJS, Hickey PR. Pain and its effects in the human neonate and fetus. *N Engl J Med* 1987;317:1321-9.
7. Christoffel MM. Tão simples.... tão complexo cuidar do recém-nascido que sente dor. *Enfermagem Brasil* 2007;6:283-4.
8. Porter FL, Wolf CM, Gold J, Lotsoff D, Miller JP. Pain and pain management in newborn infants: a survey of physicians and nurses. *Pediatrics* 1997;100:626-32.
9. Chermont AG, Guinsburg R, Balda RCX, Kopelman BI. What do pediatricians know about pain assessment and treatment in newborn infants? *J Pediatr* 2003;79:265-72.
10. Prestes ACY, Guinsburg R, Balda RCX, Marba STM, Rugolo LMSS, Pachi PR, et al. The frequency of pharmacological pain relief in university neonatal intensive care units. *J Pediatr (Rio J)* 2005;81:405-10.
11. Corff KE, Seideman R, Venkataraman PS, Lutes L, Yates B. Facilitated tucking: a nonpharmacologic comfort measure for pain in preterm neonates. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1995;24:143-7.
12. Taddio A. Opioid analgesia for infants in the neonatal intensive care unit. *Clin Perinatol* 2002;29:493-509.
13. Chatterjee T, Chatterjee D. Practical approach to neonatal analgesia. *Indian Pediatr* 2002;39:437-43.
14. Stevens B, Gibbins S, Franck LS. Treatment of pain in the neonatal intensive care unit. *Pediatr Clin North Am* 2000;47:633-50.
15. Gaspardo CM, Linhares MB, Martinez FE. The efficacy of sucrose for the relief of pain in neonates: a systematic review of the literature. *J Pediatr (Rio J)* 2005;81:435-42.
16. Derebent E, Yiğit R. Non-pharmacological pain management in newborn. *F U Sağlık Bil Dergisi* 2008;22:113-8.
17. Golestan M, Karbasi SA, Modares-Mosadegh M, Sadr-Bafghi M. Analgesic effects of glucose and water in neonates. *Acta Med Iran* 2007;45:461-5.
18. Smith BA, Filton TJ, Blass EM. Orally mediated sources of calming in 1- to 3 day-old human infants. *Dev Psychol* 1990;26:731-7.
19. Schollin J. Analgesic effect of expressed breast milk in procedural pain in neonates. *Acta Paediatr* 2004;93:453-5.
20. Bilgen H, Ozek E, Dilsat C, Örs R. Comparison of sucrose, expressed breast milk, and breast-feeding on neonatal response to heel prick. *J Pain* 2001;2:301-5.
21. Overgaard C, Knudsen A. Pain-relieving effect of sucrose in newborns during heel prick. *Biol Neonate* 1999;75:279-84.
22. Gormally S, Barr R, Wertheim L, Alkawaf R, Calinoiu N, Young S. Contact and nutrient care giving effects on newborn infant pain responses. *Dev Med Child Neurol* 2001;43:28-38.
23. Leite AM, Castral TC, Scochi CGS. La lactancia puede promover alivio del dolor agudo en recién-nacidos? *Rev Bras Enferm* 2006;59:538-42.
24. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área da Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso / Secretaria de Políticas de Saúde, Área da Saúde da Criança, 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
25. Johnston CC, Filion F, Snider L, Majnemer A, Limpeopoulos C, Walker C et al. Routine sucrose analgesia during the first week of life in neonates younger than 31 weeks' postconceptional age. *Pediatrics* 2002;110:523-8.
26. Ludington-Hoe SM, Swinth JY. Developmental aspects of kangaroo care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1996;25:691-703.
27. De Leeuw R, Colin EM, Dunnebie EA, Mirmiran M. Physiologic effects of kangaroo care in very small preterm infants. *Biol Neonate* 1991;59:149-55.
28. Bartolomé MS, López-Herce J, Freddi N. Analgesia and sedation in children: practical approach for the most frequent situations. *J Pediatr* 2007;83:71-82.
29. Vidal MA, Calderón E, Martínez E, González A, Torres LM. Dolor en neonatos. *Rev Soc Esp Dolor* 2005;12:98-111.
30. Jorgensen K, Hon D. Pain assessment and management in the newborn infant. *J Peri Anesth Nurs* 1999;14:349-56.
31. Field T, Goldson E. Pacifying effects of nonnutritive sucking on term and preterm neonates during heelstick procedures. *Pediatrics* 1984;74:1012-5.
32. Caetano LC, Fujinaga CI, Scochi CGS. Non-nutritive sucking in pre-term infants: a bibliographic study. *Rev Latinoam Enferm* 2003;11:232-6.
33. Tsao CIJ, Evans S, Meldrum M, Altman T, Zeltzer LK. A Review of CAM for procedural pain in infancy: Part I. Sucrose and non-nutritive sucking. *Evid Based Complement Alternat Med* 2008;5:371-81.
34. Carbajal R, Lenclen R, Gajdos V, Jugie M, Paupe A. Crossover trial of analgesic efficacy of glucose and pacifier in very preterm neonates during subcutaneous injections. *Pediatrics* 2002;110:389-93.
35. Silva YP, Gomez RS, Máximo TA, Silva ACS. Sedation and analgesia in neonatology. *Rev Bras Anestesiologia* 2007;57:575-87.

36. Collins C T, Ryan P, Crowther CA, McPhee AJ, Paterson S, Hiller JE. Effect of bottles, cups, and dummies on breast feeding in preterm infants: a randomized controlled trial. *BMJ* 2004;329:193-8.
37. Mitchell A, Waltman PA. Oral sucrose and pain relief for preterm infants. *Pain Manag Nurs* 2003;4:62-69.
38. Abad F, Díaz N, Domenech E, Robayna M, Rico J. Oral sweet solution reduces pain-related behavior in preterm infants. *Acta Paediatr* 1996;85:854-8.
39. Blass E, Miller L. Effects of colostrum in newborn humans: dissociation between analgesic and cardiac effects. *J Dev Behav Pediatr* 1996;22:385-90.
40. Akman I, Ozek E, Bilgen H, Ozdogan T, Cebeci D. Sweet solutions and pacifiers for pain relief in newborn infants. *Pain* 2002;3:199-202.
41. Blass EM, Hoffmeyer LB. Sucrose as an analgesic for newborn infants. *Pediatrics* 1991;87:215-8.
42. Castral TC, Warnock F, Leite AM, Haas VJ, Scochi CGS. The effects of skin-to-skin contact during acute pain in preterm newborns. *Eur J Pain* 2008;12:464-71.
43. Anand KJ, Barton BA, Mcintosh N, Lagercrantz H, Pelaya E, Young TE et al. Analgesia and sedation in preterm neonates who require ventilatory support: results from the NOPAIN trial. Neonatal outcome and prolonged analgesia in neonates. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:331-8.
44. Anand KJS and the International Evidence-Based Group for Neonatal Pain. Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155:173-80.
45. Arnon S, Shapsa A, Forman L, Regev R, Bauer S, Litmanovitz I et al. Live music is beneficial to preterm infants in the neonatal intensive care unit environment. *Birth* 2006;33:131-6.
46. Golianu B, Krane E, Seybold J, Almgren C, Anand KJ. Non-pharmacological techniques for pain management in neonates. *Semin Perinatol* 2007;31:318-22.

Calendário de eventos

2011

Agosto

3 a 6 de agosto

Jornada de Patologia

São Paulo, SP

Informações: (11) 2189-5078 / 5098,

E-mail: eventos@hccancer.org.br

11 a 13 de agosto

III Simpósio de Enfermagem em Urologia

Brasília, DF

Informações: (61) 3445-2411,

E-mail: sbu-df@sbu.org.br

Setembro

2 a 5 de setembro

III Congresso Internacional de Saúde da Criança e do Adolescente

São Paulo, SP

Informações: (11) 7959-0253,

E-mail: cdh.fsp@gmail.com

Outubro

3 a 6 de outubro

63º Congresso Brasileiro de Enfermagem

Maceió, AL

Informações: (61) 3226-0653

11 a 14 de outubro

III Congresso Brasileiro de Tratamento de Feridas

Rio de Janeiro, RJ

Informações: (21) 2286-2846,

E-mail: sobenfee@sobenfee.org.br

20 a 22 de outubro

20ª Jornada Internacional de Enfermagem Oncológica

Liberdade, SP

Informações: (11) 2189-5078 / 5098