

EENF ESCOLA DE
ENFERMAGEM



EENF PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM

ANA PAULA MATTa DOS SANTOS COSTA

**DOR EM NEONATOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL:
CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS (OS)**

**RIO GRANDE
2023**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**DOR EM NEONATOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL:
CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS (OS)**

ANA PAULA MATTA DOS SANTOS COSTA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande (FURG), como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Tecnologias da Enfermagem e Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

Orientador (a): Prof^a.Dr^a Giovana Calcagno Gomes.

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Ana Cláudia Garcia Vieira.

RIO GRANDE

2023

C837d Costa, Ana Paula Matta dos Santos.
Dor em neonatos em unidade de terapia intensiva neonatal:
conhecimento e práticas de Enfermeiras (os) / Ana Paula Matta dos Santos
Costa. – 2023.
88 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande –
FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS,
2023.

Orientadora: Dra. Giovana Calcagno Gomes.
Coorientadora: Dra. Ana Cláudia Garcia Vieira.

1. Dor 2. Recém-nascido 3. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal
4. Enfermagem I. Gomes, Giovana Calcagno II. Vieira, Ana Cláudia Garcia
III. Título.

CDU 616-083

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ana Paula Matta Dos Santos Costa

DOR EM NEONATOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: CONHECIMENTO E PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS (OS)

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação em 24 de julho de 2023 aprovada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^a Dr^a. Daiani Modernel Xavier

Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Prof^a. Dr^a. Juliane Portella Ribeiro

Universidade Federal de Pelotas (UFPel)

Prof^a. Dr^a. Simone Quadros Alvarez

Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Enf^o. D^r. Jeferson Ventura

Secretaria Municipal da Saúde Rio Grande

Prof^a. Dr^a Adriane Maria Netto de Oliveira

Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Prof^a. Dr^a. Ana Claudia Vieira

Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi aprovada para a obtenção do título de MESTRE em Ciências, atendendo às normas da legislação vigente do PPGEnf/FURG.

Prof^a. Dr^a. Jamila Geri Tomaschewski Barlem

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Prof.^a Dr^a Giovana Calcagno Gomes

Orientadora

RIO GRANDE

2023

AGRADECIMENTOS

“Ao pai celestial pelo dom da vida e pela realização de tantos sonhos”.

“A Prof. Giovana Gomes, por me conduzir durante esta jornada de sabedoria e experiência e aprendizado. Tantas vezes nos reunimos e, embora em algumas eu chegasse desestimulada, bastavam alguns minutos de conversa e umas poucas palavras de incentivo e lá estava eu, com o mesmo ânimo.

Obrigada”.

“Aos membros da banca examinadora, pela participação e colaboração. À Profª Ana Claudia, coorientadora, agradeço pela sua importante colaboração”.

“Ao Fabio Costa, meu cônjuge, companheiro de todas as horas, pelo incentivo e acolhida nos momentos mais importantes”. Te amo!

“Aos meus amados pais um especial agradecimento, por todos os ensinamentos”.

“E as minhas irmãs Ana Lúcia e Adriana que mesmo de longe sempre torceram por mim”.

“Por fim, gostaria de agradecer aos meus companheiros de trabalho da UTI neonatal, que contribuíram para este estudo em especial, Enfª Michelle Chapacais e Enfª Ellise Grazielle Dantas, por toda ajuda, paciência e incentivo. Sei que sem você este sonho não seria possível”.

“A todos aqueles que contribuíram, para a realização desta dissertação, os meus sinceros agradecimentos”

COSTA, Ana Paula Matta dos Santos. **Dor em neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: conhecimento e práticas de enfermeiras (os)**. 2023. 88 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Escola de enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande /RS.

RESUMO

Há uma compreensão crescente de que os recém-nascidos têm a capacidade de sentir dor e que é essencial minimizar seu desconforto durante procedimentos invasivos ou dolorosos. Nesse contexto, objetivou-se conhecer como os enfermeiros percebem a dor em neonatos internados em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e que estratégias utilizam para minimizá-la. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória de cunho qualitativo realizada em um hospital no sul do Brasil. Participaram 11 enfermeiras por meio de entrevista semiestruturada. A análise dos dados foi realizada por meio da Análise Temática. Quanto ao conhecimento dos enfermeiros acerca da dor verificou-se que buscam conhecimento por meio de cursos de capacitação, leitura de artigos em periódicos e realização de pós-graduação. Avaliam a dor do neonato observando critérios como o choro, a expressão facial, a postura corporal, as feições, alterações na saturação de oxigênio e a frequência. Afirmaram não terem recebido nenhuma capacitação e/ou treinamento de modo que tal diagnóstico se dá de forma assistemática e com base nas experiências individuais de cada profissional. Referiram a capacitação recebida como ultrapassada e ineficiente, considerando que não há reciclagem e funcionalidade no que tange a aplicabilidade do cuidado. Reconhecem a dor do recém-nascido, mas sentem-se impotentes frente ao sofrimento dos mesmos. Possuem dúvidas quanto à sua habilidade técnica e conhecimento específico. Apontaram sentimentos de despersonalização do profissional enfermeiro relacionados à falta de padronização e envolvimento da equipe multiprofissional na assistência integrada, fragmentando o cuidado. Quanto às estratégias utilizadas para o alívio da dor dos neonatos investem em medidas não farmacológicas como sucção não nutritiva, diminuição de estimulações táteis, aleitamento materno precoce, glicose oral antes e após aplicação de um estímulo doloroso, método canguru, contenção facilitada. Utilizam também medidas farmacológicas, mas apontam a grande resistência dos profissionais médicos em prescrever essas medicações. Demonstraram preocupação em realizar ações sobre o ambiente, citando a diminuição de ruídos e iluminação, lençóis bem esticados, cateteres bem posicionados, acomodação da criança no leito e imobilização durante procedimentos. Referiram sentirem-se pouco capacitados, necessitando revisarem técnicas e procedimentos, estabelecerem protocolos específicos e implantarem uma escala de dor na unidade. Referiram a necessidade de uma capacitação da equipe de enfermagem para reconhecer os sinais de dor e reconhecerem o momento em que devem ser utilizadas medidas farmacológicas, além de realizarem os registros nas evoluções de enfermagem e no prontuário da criança. Conclui-se que o enfermeiro possui importante papel na identificação, mensuração e tratamento da dor, pois é a equipe de enfermagem que presta cuidados diretos aos pacientes, sendo necessária capacitação para minimizá-la, qualificando a assistência.

Descritores: Dor; Recém-nascido; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Enfermagem.

COSTA, Ana Paula Matta dos Santos. **Pain in neonates in the Neonatal Intensive Care Unit: nurses' knowledge and practices.** 2023. 88 sheets. Masters dissertation. School of Nursing - Graduate Program in Nursing, Universidad Federal do Rio Grande - FURG, Rio Grande/RS.

ABSTRACT

There is a growing understanding that newborns have the capacity to experience pain and that it is essential to minimize their discomfort during invasive or painful procedures. In this context, the aim was to know how nurses perceive pain in newborns admitted to a Neonatal Intensive Care Unit and what strategies they use to minimize it. This is a descriptive, exploratory qualitative research carried out in a hospital in southern Brazil. Eleven nurses participated through semi-structured interviews. Data analysis was performed using Thematic Analysis. As for the nurses' knowledge about pain, it was found that they seek knowledge through training courses, reading articles in journals and completing postgraduate studies. They assess the newborn's pain by observing criteria such as crying, facial expression, body posture, features, changes in oxygen saturation and frequency. They stated that they had not received any training and/or training, so such a diagnosis is made unsystematically and based on the individual experiences of each professional. They referred to the training received as outdated and inefficient, considering that there is no recycling and functionality regarding the applicability of care. They recognize the pain of the newborn, but feel powerless in the face of their suffering. They have doubts about their technical skill and specific knowledge. They pointed out feelings of depersonalization of the professional nurse related to the lack of standardization and involvement of the multidisciplinary team in integrated assistance, fragmenting care. As for the strategies used to relieve pain in neonates, they invest in non-pharmacological measures such as nonnutritive sucking, reduction of tactile stimulation, early breastfeeding, and oral glucose before and after application of a painful stimulus, kangaroo method, and facilitated containment. They also use pharmacological measures, but point to the great resistance of medical professionals to prescribing these medications. They showed concern in carrying out actions on the environment, citing the reduction of noise and lighting, well-stretched sheets, well-positioned catheters, accommodation of the child in bed and immobilization during procedures. They reported feeling underpowered, needing to review techniques and procedures, establish specific protocols and implement a pain scale in the unit. They mentioned the need for training the nursing team to recognize the signs of pain and recognize the moment when pharmacological measures should be used, in addition to registering the nursing evolutions and the child's medical record. It is concluded that the nurse, as well as the nursing team, has a fundamental role in the process of identifying, measuring and treating pain, since they are the ones who provide direct care to patients, needing to be trained to minimize it, humanizing the assistance.

Descriptors: Pain; Newborn; Neonatal Intensive Care Units; Nursing.

COSTA, Ana Paula Matta dos Santos. **Dolor en neonatos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: saberes y prácticas de enfermeros**. 2023. 88 hojas. Disertación (Maestría en Enfermería). Escuela de Enfermería - Programa de Posgrado en Enfermería, Universidade Federal de Rio Grande - FURG, Rio Grande/RS.

RESUMEN

Cada vez se comprende más que los recién nacidos tienen la capacidad de experimentar dolor y que es esencial minimizar su incomodidad durante los procedimientos invasivos o dolorosos. En este contexto, el objetivo fue conocer cómo las enfermeras perciben el dolor en los recién nacidos ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y qué estrategias utilizan para minimizarlo. Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva, exploratoria, realizada en un hospital del sur de Brasil. Once enfermeros participaron a través de entrevistas semiestructuradas. El análisis de los datos se realizó mediante el Análisis Temático. En cuanto al conocimiento de los enfermeros sobre el dolor, se constató que buscan el conocimiento a través de cursos de formación, lectura de artículos en revistas y realización de estudios de posgrado. Valoran el dolor del recién nacido observando criterios como llanto, expresión facial, postura corporal, facciones, cambios en la saturación y frecuencia de oxígeno. Manifestaron que no habían recibido ninguna formación y/o capacitación, por lo que dicho diagnóstico se realiza de manera sistemática y en base a las experiencias individuales de cada profesional. Se refirieron a la capacitación recibida como obsoleta e ineficiente, considerando que no hay reciclaje y funcionalidad en cuanto a la aplicabilidad de la atención. Reconocen el dolor del recién nacido, pero se sienten impotentes ante su sufrimiento. Tienen dudas sobre su habilidad técnica y conocimientos específicos. Señalaron sentimientos de despersonalización del profesional de enfermería relacionados con la falta de estandarización y participación del equipo multidisciplinario en la asistencia integrada, fragmentando el cuidado. En cuanto a las estrategias utilizadas para aliviar el dolor en los neonatos, invierten en medidas no farmacológicas como la succión no nutritiva, reducción de la estimulación táctil, lactancia materna temprana, glucosa oral antes y después de la aplicación de un estímulo doloroso, método canguro, contención facilitada. También utilizan medidas farmacológicas, pero apuntan a la gran resistencia de los profesionales médicos a prescribir estos medicamentos. Mostraron preocupación en la realización de acciones sobre el medio ambiente, citando la reducción del ruido y la iluminación, sábanas bien estiradas, catéteres bien colocados, acomodación del niño en la cama e inmovilización durante los procedimientos. Refirieron sentirse impotentes, necesitando revisar técnicas y procedimientos, establecer protocolos específicos e implementar una escala de dolor en la unidad. Mencionaron la necesidad de capacitar al equipo de enfermería para reconocer los signos de dolor y reconocer el momento en que se deben utilizar medidas farmacológicas, además de registrar las evoluciones de enfermería y la historia clínica del niño. Se concluye que el enfermero, así como el equipo de enfermería, tiene un papel fundamental en el proceso de identificación, medición y tratamiento del dolor, ya que son ellos quienes brindan el cuidado directo a los pacientes, necesitando ser capacitados para minimizarlo, cualificando la asistencia.

Descriptores: Dolor; Recién nacido; Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales; Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Escala NIPS da dor.....	22
Figura 2. Escala NFCS da dor	23
Figura 3. Escala unidimensional da dor	23
Figura 4. Escala EDIN (Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né) – Escala de Dor e Desconforto Neonatal.....	24
Figura 5. Escala N-PASS – (Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale).....	25
Figura 6. Fluxograma de seleção de candidatos elegíveis para o estudo.....	42
Figura 7. Distribuição por idades dos enfermeiros atuantes na UTI.....	43
Figura 8. Tempo de formação, tempo de atuação na UTIN	44
Figura 9. Fontes de informação sobre dor neonatal utilizadas pelos enfermeiros	45
Figura 10. Parâmetros avaliativos fisiológicos e comportamentais	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Conhecimentos dos enfermeiros sobre dor.....	47
Quadro 2. Práticas para garantir conforto e minimizar a dor.....	54

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Geral.....	17
2.2 Objetivos Específicos.....	17
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
3.1 Dores: conceito e classificação.....	18
3.2 Dor em recém-nascidos.....	26
3.3 Percepção de enfermeiros sobre a dor em RN em UTIN.....	30
3.4 Medidas farmacológica e não farmacológicas para alívio da dor.....	33
4 METODOLOGIA.....	39
4.1 Local de realização do Estudo.....	39
4.2 Participantes do Estudo.....	39
4.3 Coleta dos Dados.....	40
4.4 Análise dos Dados.....	40
4.5 Aspectos Éticos.....	41
5 RESULTADOS.....	42
5.1 Caracterização dos participantes do estudo	43
5.2 Conhecimentos sobre dor do RN internado na UTIN	44
5.3 Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para garantir conforto e minimizar a dor do RN.....	53
6 DISCUSSÃO DOS DADOS.....	60
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
REFERÊNCIAS.....	71
APÊNDICE A.....	80
APÊNDICE B.....	82
APÊNDICE C.	83
APÊNDICE D.....	84
APÊNDICE E.....	86

1. INTRODUÇÃO

Havia uma crença que os neonatos eram incapazes de sentir dor, até meados da década de 80 a dor foi desprezada, por não possuírem todos os componentes neurológicos funcionais e químicos que possibilitam a recepção e transmissão do estímulo doloroso (SOUZA, 2017). Contudo, os neonatos a termo e prematuros possuem características funcionais e neuroquímicas que permitem detectar e transmitir os impulsos dolorosos ao córtex central, mas a organização e maturação do sistema só ocorre após o parto (CONG *et al*; 2017).

Por ser caracterizada como subjetiva, percebemos que nos neonatos, especialmente prematuros, a dor é um sintoma complexo de ser identificado e avaliado devido à falta de comunicação verbal. Nesse sentido, exige-se uma avaliação criteriosa para amenizá-la. No ano de 2011 a IASP adicionou ao conceito de que a incapacidade de comunicar a dor não exclui a possibilidade de uma pessoa senti-la; isso inclui crianças em fase pré-verbal, bebês e neonatos. (IASP, 2011).

É importante ressaltar que o manejo da dor em recém-nascidos deve ser personalizado, considerando as necessidades individuais do bebê, a natureza do procedimento e a disponibilidade de recursos médicos. As diretrizes clínicas e a prática médica evoluem constantemente, portanto, é recomendável consultar fontes atualizadas e especialistas no campo para obter as informações mais recentes sobre o manejo da dor em recém-nascidos. (JUNQUEIRA-MARINHO *et al*, 2023). Há uma compreensão crescente de que os recém-nascidos têm a capacidade de sentir dor e que é essencial minimizar seu desconforto durante procedimentos invasivos ou dolorosos (JUNQUEIRA-MARINHO *et al*, 2023).

A International Association for the Study of Pain (IASP) define a como uma experiência sensorial ou emocional associada a uma lesão tecidual, real ou potencial (IASP, 1994). Os recém-nascidos devem ser protegidos de emoções estressantes e dolorosas que podem surgir no início do desenvolvimento quando são hospitalizados em uma unidade neonatal, por meio da prevenção ou do tratamento adequado da dor.

Devido aos avanços da tecnologia, pesquisadores da área da dor observaram a necessidade de uma reavaliação da definição de dor e propuseram esta modificação. No ano de 2023, a IASP tinha como membros por uma variedade de profissionais com extensa experiência em ciência clínica, básica ou relacionada à dor chamados para avaliar a

definição atual e as notas explicativas e sugerir se a definição deveria ser mantida ou alterada (JUNQUEIRAMARINHO *et al*, 2023).

Então, o conceito foi definido como uma experiência sensitiva e emocional associada a uma lesão tecidual real ou potencial. As notas explicativas, então, se transformaram em uma lista de itens que incluíam uma etimologia da dor. As novas diretrizes de prevenção de dor aguda por procedimentos dolorosos no período neonatal aceitam a definição revisada de dor e as notas explicativas incorporadas (JUNQUEIRA-MARINHO *et al*, 2023).

O ambiente de unidade hospitalar é um lugar desagradável, principalmente na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), onde vários procedimentos dolorosos são realizados no neonato durante suas primeiras horas de vida. Além disso, é um ambiente com muita iluminação, alto Índice de ruídos relacionados aos equipamentos, variações de temperatura, inclusive, excesso de procedimentos desconfortáveis e dolorosos (COSTA *et al.*, 2017). Durante a hospitalização, os procedimentos mais comuns que causam dor em curto prazo nos lactentes são punções no calcanhar, injeções e punções vasculares (CRUZ *et al.*, 2016, TREIMANKIVESTE, 2022).

O recém-nascido admitido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais sofre uma média de 14 procedimentos dolorosos por dia com consequências de curto e longo prazo (JOHNSTON *et al.*, 2011). A dor em recém-nascidos é subestimada e apesar do vasto corpo de conhecimento disponível na literatura a prática continua inadequada e inconsistente (STEVENS *et al.*, 2007). Estudos mostram que os serviços de atenção ao RN no Brasil e no mundo ainda não oferecem tratamentos adequados de dor. (HARRISON, BUENO, RESZEL, 2015; CRUZ, FERNANDES, OLIVEIRA, 2016; HARRISON *et al.*, 2015).

Os procedimentos diários realizados pela equipe de saúde da UTIN como coleta de exames, punção venosa central e capilar, teste do pezinho, punção lombar e sondagens em sua maioria são invasivos e dolorosos, podendo ocasionar desconforto fisiológicos e comportamentais. (LIMA, RIBEIRO, FERREIRA, 2020).

Esta concepção inclui a observação de sinais que o corpo apresenta, inclusive durante procedimentos sutis como o toque, barulho ou luminosidade, que podem desencadear estímulos sem lesões físicas reais ocasionando desconforto. As alterações comportamentais e fisiológicas do neonato, são observadas como o choro, alterações de frequência cardíaca e respiratória (MACEDO, MULLER, 2021).

A dor possui como classificação ser aguda ou crônica e possui como característica ser um sintoma comum para muitas doenças. De acordo com Bonfante (2019), dor é considerada o quinto sinal vital, relacionada à pressão arterial, pulso, respiração e

temperatura. Os tipos de dor podem ser classificados como: queimação, alfinetada, frio doloroso e choque elétrico, sendo que seu diagnóstico mais preciso é quando os pacientes podem descrever a dor a partir de seus tipos. No entanto, para neonatos, a descrição é impossibilitada devido às evidentes limitações da fala que um ser humano nesta fase apresenta. De acordo com Costa *et al* (2016) a dor faz parte do ciclo da vida porque existe desde o nascimento e consiste em um sistema de alarme do corpo que alerta para coisas que não estão funcionando corretamente.

A qualidade de vida dos neonatos depende do manejo clínico na UTIN. Por outro lado, é onde os neonatos vivenciam experiências dolorosas e estressantes muitas vezes inerentes a sua assistência. A avaliação e implementação do manejo da dor adequada, permite assistência livre de danos, assegurando bom desenvolvimento ao neonato.

Por volta da sexta semana de gestação ocorre o aumento das fibras sensoriais e dos interneurônios no corno posterior da medula, que precedem o aparecimento dos receptores sensitivo-cutâneo na região perioral do embrião, que surgem em torno da sétima semana. Na oitava semana inicia-se o desenvolvimento do neocórtex e ao término da décima primeira semana a face, palmas das mãos e plantas dos pés apresentam receptores sensitivo-cutâneos que se estendem, paulatinamente, para o tronco e membros. Por fim, a partir da vigésima semana o feto já possui todos os elementos neuroquímicos que participam da transmissão do estímulo doloroso (SOUZA, 2017).

A interpretação da dor é individual, inclui características sensitivas e emocionais, por este motivo torna-se necessário que os profissionais de saúde estejam atentos para a percepção de sua manifestação, especialmente as dos neonatos. A recuperação do RN internado é prejudicada se a dor não for identificada e tratada corretamente. O neonato é colocado em um ambiente totalmente diferente do seu útero materno durante sua internação na UTIN. Isso inclui ruídos fortes, iluminação intensa e contínua, manipulações imprevisíveis e, muitas vezes, atendimento inadequado por parte dos profissionais de saúde para reduzir os estressores e a dor (MARCONDES *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2017). Os estímulos dolorosos e estressantes repetidos podem causar problemas físicos, psicológicos e clínicos a curto ou longo prazo. (SQUILLARO *et al.*;2019; LI *et al.*, 2022).

Devido à sua incapacidade de se expressar, eles dependem da observação e interpretação de como eles se comportam por parte dos cuidadores. (COSTA e CORDEIRO, 2016). Ainda, deve-se enfatizar a importância da humanização ao assistir esses neonatos, reconhecendo suas mudanças comportamentais e fisiológicas, para administrar o tratamento adequado da dor (MARCONDES *et al*, 2017).

A dor na UTIN, em muitos casos, é de difícil percepção. A percepção e manejo da dor são fundamentados em aspectos subjetivos, pois a mesma precisa ser relatada pelos pacientes para ser mais bem avaliada. No entanto, o relato não é a única forma de perceber e diagnosticar a dor, pois existem grupos de indivíduos que não podem manifestar a mesma desta forma, como é o caso dos neonatos. Para este grupo, existem outras formas de os profissionais avaliarem a dor para, então, realizar o tratamento adequado, ou seja, optarem pela intervenção farmacológica ou não farmacológica (BARBOZA, 2021).

É fundamental tratar deste tema, principalmente ao que tange ao público estudado, pois a impossibilidade da fala exige dos profissionais melhores observações. Essa habilidade poderá ser adquirida através de formação continuada, cursos de especialização e treinamento da equipe de saúde, além da experiência diária dentro das instituições de saúde.

Devido as características do neonato há a necessidade da avaliação constante da dor, abordando suas características, seus efeitos a curto e longo prazo sobre o crescimento e o desenvolvimento do neonato, o papel do enfermeiro na sua assistência e a falta de estudos sobre o assunto da dor em UTINs. A identificação da dor é, geralmente, percebida primeiro pela equipe de enfermagem por ser quem está ao lado do paciente nas 24 horas do dia (BATISTA *et al*, 2019). A assistência ao neonato no setor deve ser confiável e humanizada. É fundamental uma avaliação e uma intervenção do processo doloroso, tendo em vista seu potencial para causar problemas no desenvolvimento neuropsicomotor (CARVALHO *et al*, 2021).

A sensibilidade à dor é diferente entre os indivíduos e é percebida de acordo com suas experiências e as áreas que são estimuladas. Essas áreas podem ser o córtex motor, cingulado, sensorial, área pré-frontal, tálamo, hipocampo e medula espinhal. Assim, há pessoas que sentem pouca dor, muita e, até mesmo, ainda que estimuladas algumas destas áreas, não sentem dor alguma (LAURINO, 2021).

A dor pode ser considerada subjetiva e, em sua avaliação, é feita uma anamnese no paciente, ou seja, é questionado o quanto de dor sente, em seguida, um exame clínico e, por fim, uma análise mais objetiva da dor, de acordo com dois métodos principais: os unidimensionais e multidimensionais. Os primeiros são as escalas numéricas e a escala análogo visual. Os multidimensionais destacam outras questões além dos aspectos numéricos e somente qualitativos da dor (forte/fraca), como se a mesma impacta as atividades diárias dos indivíduos (MACIEL, 2019). Existem formas diferenciadas de percepção e detecção. As principais formas de detectar a dor são através de métodos como o *NIPS*, *CRIES* e *CRYING* (PEREIRA, 2019).

Ao longo de mais de cinco anos de trabalho em UTIN, observo que cada vez mais os neonatos hospitalizados são submetidos a inúmeros procedimentos dolorosos. Essa trajetória profissional e tantas experiências vividas, somadas a oportunidade de uma reflexão crítica a partir de estudos me levaram a alguns questionamentos sobre meu fazer e o que poderia fazer para melhorar o atendimento a esses neonatos, ampliando a possibilidade de produzir conhecimentos que melhorem a qualidade do cuidado que lhes é prestado.

Nesse sentido, o presente estudo apresenta como questões norteadoras: Qual o conhecimento dos enfermeiros de UTIN acerca do manejo da dor em neonatos internados no setor? Que estratégias os enfermeiros de UTIN utilizam para minimizar a dor dos neonatos internados no setor? Acredita-se que este estudo pode ajudar os enfermeiros a lidar melhor com o dor de neonatos na UTIN.

Desta forma, é fundamental que pesquisas sejam realizadas para tornar cada vez mais eficiente o tratamento da dor, pois, desta forma, há benefícios diretos em relação à saúde do paciente, tanto físicos quanto emocionais, ampliando a possibilidade de produzir conhecimentos que melhorem e amenizem a dor dos neonatos.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivos Gerais

Conhecer como os enfermeiros percebem a dor em neonatos internados em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e que estratégias utilizam para minimizá-la.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar como os enfermeiros identificam a dor do neonato internado na UTIN;
- Identificar como os enfermeiros avaliam a dor do neonato internado na UTIN;
- Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para garantir conforto e minimizar a dor do neonato;
- Identificar os cuidados farmacológicos utilizados pelos enfermeiros para minimizar a dor do neonato;
- Identificar os cuidados não farmacológicos utilizados pelos enfermeiros para minimizar a dor do neonato.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A seguinte revisão abordou: Dor: conceito e classificação; Dor em neonato; Percepção de enfermeiros sobre a dor em UTIN e Medidas para o controle da dor. A discussão teórica a seguir retrata, em primeiro momento, as características gerais da dor, seu diagnóstico, evidências, consequências e, posteriormente, uma reflexão sobre a dor no neonato.

3.1 Dores: conceito e classificação

A dor envolve reação e percepção. Ao longo do tempo, esta manifestação pode ser compreendida de várias maneiras. Atualmente, a dor é considerada o quinto sinal vital de acordo com a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor. Elas recomendam que a dor seja registrada juntamente com outros sinais vitais específicos, como temperatura, pulso, pressão arterial e respiração. É importante entender que uma experiência de sensibilidade dolorosa depende de uma variedade de fatores, incluindo sensibilidade, cultura, religião (MEIRELES *et al.*, 2021).

De acordo com Laurino (2021) a noção de dor abrange sentimentos físicos e emocionais, o que torna sua avaliação complexa e subjetiva. É uma sensação física de desconforto que pode ser causada por estimulações nervosas em diferentes graus de intensidade e, frequentemente, associada a danos nos tecidos corporais. Além disso, o estresse, a depressão ou a ansiedade podem estar ligados ao dor, ou seja, razões psicológicas podem causar dor semelhante a orgânica.

Ressalta-se que toda e qualquer dor sentida ou relatada precisa ser considerada de forma individual. A experiência deve ser vista como completamente pessoal e subjetiva. Dor sempre será uma experiência subjetiva que difere de pessoa para pessoa, independentemente de se tentar quantificar e classificar a dor usando escalas e outros métodos (UEMA *et al.*, 2021).

Assim, como a dor é um aspecto subjetivo, é difícil descobrir se o RN está sentindo ou não (a opinião de que o neonato não pode sentir dor por muito tempo prevaleceu). No entanto, estudos recentes mostram que o RN pode experimentar mais dor do que crianças com idades mais avançadas, especialmente nos neonatos que são submetidos a procedimentos dolorosos, desagradáveis e repetitivos (LAURINO, 2021).

Conforme Perissinotti e Portnoi (2016), a dor é influenciada por fatores psicológicos, psicocomportamentais e psicossociais, os quais interferem na neuromodulação central de estímulos aferentes. Desta forma, as abordagens psicológicas possuem papel relevante quando se trata da dor, sendo que não devem ser consideradas como alternativas, mas sim, parte paralela ao

tratamento medicamentoso quando necessário. Ainda, a dor poderá ser intensificada por fatores psicossociais, os quais afetam negativamente a intensidade da mesma.

Conceitualmente, Maciel (2019) cita a definição dada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) de que a dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou semelhante à uma lesão tecidual real ou potencial. Esta definição permite a compreensão de que há a possibilidade do reconhecimento da dor a partir da sua medição e definição de valor.

Já Meier *et al.* (2017) entendem a dor como um fenômeno comum em todos os seres humanos, que pode ser expressão de formas diferentes e sua avaliação é importante parâmetro para o cuidado ao paciente. A sua avaliação inclui localização e intensidade baseada em escalas comportamentais e parâmetros fisiológicos. Desta forma, quando qualquer célula sofre uma agressão, a mesma libera prostaglandinas que favorecem a sensibilidade, provocando alterações cardiovasculares, taquipnéia, retenção de líquido, elevação de índices glicêmicos, dentre outras alterações.

Meier *et al.* (2017) relataram que a dor possui classificações, como: aguda, crônica, nociceptiva, somática, visceral e neuropática. O controle inadequado da dor pode causar consequências graves, como pneumonia, trombose venosa profunda, infecções, dor crônica e até depressão. Desta forma, as equipes de saúde são essenciais para o manejo da dor, pois, a partir de uma educação permanente e instrumentalização, podem garantir excelência e segurança no cuidado ao paciente. Assim, com a avaliação adequada da dor, os riscos podem ser melhor detectados e superados, minimizando os danos clínicos causados, permitindo à equipe escolher o método terapêutico mais seguro, considerando também, as respostas afetivas associadas (MEIER, *et al.*, 2017).

Para Almeida *et al.* (2018) a dor deve ser entendida de acordo com aspectos sociais, espirituais e psíquicos. Seu estudo direcionou-se a pacientes oncológicos em tratamento paliativo e a partir de dados sistematizados, os autores compreenderam que são fundamentais na avaliação da dor a compreensão sobre sua singularidade, os modos de enfrentamento e a história clínica dos pacientes. Ainda, a dificuldade de expressar a dor é um fator essencial a ser considerado quando se trata dos tratamentos relacionados a ela.

O significado da dor está associado, segundo Almeida *et al.*, (2018), à concepção de padecimento e/ou sofrimento, tendo um papel importante na vida dos indivíduos, pois indica um sinal de alerta que tem função de proteção e reparação de um dano já instalado. Desta forma, compreender a dor, ao longo da história, possui um significado importante para a ciência médica, antropologia e história, pois perpassa por muitas ciências o seu entendimento e as reflexões sobre qual o manejo adequado da mesma para melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Conforme a Neurociência, a dor pode ser dividida em física e social. A dor física indica uma experiência desagradável de algum dano ao organismo. A mesma motiva o organismo a fazer algo para garantir a sua integridade ou evitar que a situação piore. Existem células em diferentes tecidos do corpo humano chamadas de nociceptores. Quando o indivíduo sente dor, os nociceptores são ativados e enviam sinais ao cérebro. Por outro lado, a dor social é vivida quando o ser humano é excluído por outras pessoas ou sofre alguma perda social, como o fim de um relacionamento (ASHMAWI; FREIRE, 2016).

Muitas pessoas consideram que experiências desse tipo (a dor social) estão entre as mais dolorosas. No entanto, a forma de manifestação é diferente da dor física. No nível cerebral, existem duas vias para a manifestação da dor: uma mais focada na parte sensorial e outra na parte afetiva. A ínsula posterior, o córtex sensorial primário e secundário está mais relacionado com a parte sensorial da dor, ou seja, com questões como a localização, intensidade e tipo de dor (ASHMAWI; FREIRE, 2016).

Já a ínsula anterior e o córtex cingulado anterior dorsal estão relacionados à parte afetiva, que tem relação com a codificação do quão desagradável é determinada dor. Quando se sente dor social, nenhum estímulo físico está afetando os nociceptores, como ocorre com a dor física. Logo, há a possibilidade de apenas a via cerebral, relacionada com a parte afetiva da dor, ser mais ativa, tanto na dor física como social. Desta forma, é possível supor que os dois tipos de dor estão intrinsecamente relacionados (ASHMAWI; FREIRE, 2016).

Explica Marques (2016) que para que a dor chegue ao córtex cerebral existem cinco fases: transdução, condução, transmissão, percepção e modulação. A transmissão é um estímulo nocivo convertido em impulso elétrico, como, por exemplo, quando se tem contato com alfinete no pé. A dor nociceptiva começa com estímulo dos nociceptores que estão nas articulações, pele e órgãos.

Um impulso elétrico é conduzido pelos axônios aferentes até a raiz dorsal da medula.

Até esse ponto, a dor não é sentida. Em vez disso, ela é apenas uma nocicepção, um conjunto de eventos neurais que detectam e transformam estímulos nocivos em impulsos nervosos, que são então enviados da periferia para o sistema nervoso central. (MARQUES, 2016).

A fase três é a transmissão que gera um impulso elétrico, liberando neurotransmissores na raiz dorsal da medula e fortes estímulos em neuropeptídeos, que geram forte resposta pós-sináptica, fazendo com que o sinal suba aos centros superiores, ou seja, ao córtex (MACIEL, 2019). A fase quatro é a percepção e a dor só pode ser percebida no Tálamo. Já a modulação, a quinta fase, pode ser facilitada ou inibida. A facilitação ou inibição depende da intensidade da dor. Se o cérebro entender que a dor é perigosa, há a facilitação. Caso o cérebro entenda que a dor não é perigosa, o mesmo inibe a dor (NASCIMENTO, 2016).

Para Souza *et al.* (2017) existem várias áreas que são estimuladas pela dor, não somente a área sensitiva. A primeira descrita é o córtex motor, o córtex cingulado, a área pré-frontal, amígdala, o córtex sensorial, o hipotálamo, o tálamo, o hipocampo e a medula espinhal. A partir da área estimulada, há pessoas que sentem dor e, outras, não. Isso ocorre porque a dor é modulada de acordo com a experiência do indivíduo, tanto psicológica quanto pelas circunstâncias. Supondo que a pessoa tem um trauma com vacina ou possui um trauma psicológico sentirá mais dor quando realizar este procedimento.

A fisiologia da dor pode ser considerada desde o momento em que é desencadeado o estímulo em um dos órgãos até ser identificado pelo cérebro. Confirma a ideia inicial de que há terminações nervosas nos órgãos e estas, chamadas de livres, possuem receptores para a dor, de forma que quando um estímulo doloroso é ativado, os receptores desencadeiam um estímulo nervoso. Tais receptores estão presentes em neurônios aferentes, os quais levarão um sinal nervoso da periferia até o sistema nervoso central, mais especificamente até a medula espinal (MACIEL, 2019).

Afirmam Meireles *et al.* (2021) que existem dois sistemas de dor: a primeira chamada de rápida e a outra chamada de dor lenta. Esses dois tipos diferentes ocorrem, pois são desencadeados por fibras nervosas diferentes: as fibras nervosas lentas e rápidas. Estas últimas levam a informação ao sistema nervoso central em cerca de 0,1 segundo. Logo, os estímulos dolorosos ditos rápidos chegam até o sistema nervoso central nesse tempo, enquanto os estímulos dolorosos lentos são transmitidos, captados pelas fibras dolorosas lentas e chegam ao sistema nervoso em um segundo.

As fibras rápidas são chamadas de A delta, enquanto as fibras C são lentas, como as crônicas, ou as de dor crônica. Essas fibras são diferentes, pois possuem receptores para dor diferente. As A delta conseguem perceber o estímulo doloroso mecânico e térmico, enquanto as fibras C conseguem detectar esses dois estímulos dolorosos, mas principalmente o estímulo químico. Este é desencadeado por algumas substâncias químicas liberadas, principalmente quando há uma lesão tecidual, também podendo ser liberado em outras situações (MEIRELES, *et al.*, 2021).

De acordo com Mooney-Leber SM (2017), a sobrevivência do neonato internado na UTIN depende muito do manuseio e sua permanência. Ressalta a importância materna para redução de sua permanência na UTIN. De acordo com o autor, o desenvolvimento cerebral está associado ao manuseio, gerando comportamentos a longo prazo.

Conforme a recente publicação da Academia Americana de Pediatria, existem inúmeras escalas para a sua avaliação. Dentre essas apenas cinco foram submetidas a rigorosos testes psicométricos: Neonatal Pain and Sedation Scale (N-PASS), Premature Infant Pain Profile (PIPP-

R), Neonatal Facial Coding System (NFCS), e Échelle Douleur Aiguë du Nouveau-Né (EDIN); Neonatal Infant Scale (NIPS) (SILVA 2018).

Apesar de existirem escalas unidimensionais e multidimensionais, nenhum instrumento padrão é capaz de avaliar a dor do RN em uma variedade de situações e idades gestacionais. Portanto, alguns autores sugerem uma abordagem mais objetiva baseada na tecnologia que examina as atividades autonômicas, cerebrais e hormonais do neonate. Estes instrumentos incluem variabilidade da frequência cardíaca; condução da pele (que mede a sudorese palmar e plantar) e avaliação da atividade cerebral de resposta à dor.

No entanto, não há um perfil padronizado para a utilização destes instrumentos em diferentes situações clínicas e idades gestacionais do neonate. Além disso, a falta de familiaridade com estas tecnologias torna inviável o seu uso com frequência na prática clínica atual. Como resultado, uma aplicação de escalas confiáveis, validadas, disponíveis e aplicáveis à beira do leito ainda é necessária para avaliar a dor no RN.

O NIPS é uma técnica composta por cinco principais fatores: choro, expressão facial, posição de braços, posição de pernas e estado de consciência. Assim, as manifestações comportamentais são a principal questão para perceber e avaliar a dor em recém-nascidos. Além destas, os sinais vitais são importantes, como frequência cardíaca, saturação do oxigênio e alterações na respiração (SILVA, 2018).

A escala pode ser demonstrada de acordo com a figura a seguir:

Figura 1 – Escala NIPS da dor

NIPS	0 pontos	1 ponto	2 pontos
Expressão facial	relaxada	contraída	-----
Choro	ausente	resmungos	vigoroso
Respiração	relaxada	diferente do basal	-----
Braços	relaxados	fletidos	-----
Pernas	relaxadas	fletidas	-----
Estado de Consciência	dormindo calmo	desconfortável	-----

Figura 2 – Escala NFCS da dor

Indicador	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Expressão facial	Relaxada	Contraída	---
Choro	Ausente	Resmungos	Vigoroso
Respiração	Regular	Diferente da basal	---
Braços	Relaxados	Fletidos/Estendidos	---
Pernas	Relaxadas	Fletidas/Estendidas	---
Estado de Alerta	Dormindo e/ou Calmo	Agitado e/ou Irritado	---
Presença de dor > 3 pontos			

A Escala PIPP-R (Premature Infant Pain Profile – Revised)– Perfil de Dor do Prematuro Revisado é um instrumento válido, sensível e específico para avaliar o dor de RNs após a realização de procedimentos. Ele foi revisado a partir do Perfil de Dor do Prematuro original, que já era uma escala de avaliação de dor confiável para avaliar a dor aguda, especialmente em prematuros.

Figura – 3 Escala unidimensional da dor



Fonte: Bezerra (2019).

A figura representa a escala de faces, por exemplo, onde a intensidade da dor é representada por variações faciais: quanto mais próximo de dez, maior a dor. Na escala numérica da mesma forma: quanto mais próximo de dez, maior a dor. Na descrição verbal, apenas a sinalização do quão intensa é a dor (BEZERRA, 2019).

Figura 4 – Escala EDIN (Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né) – Escala de Dor e Desconforto Neonatal.

EXPRESSÃO FACIAL	0 Expressão facial relaxada 1 Caretas passageiras: sobancelhas franzidas/ lábios finos e cerrados/ franzimento do queixo/ tremor do queixo 2 Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas 3 Contração permanente ou expressão congelada, face azulada
CORPO	0 Relaxado 1 Agitação transitória, mais tempo calmo 2 Agitação frequente, mas é possível acalmar-se 3 Agitação permanente: contração das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada com corpo congelado
SONO	0 Adormece facilmente; sono prolongado e calmo 1 Adormece dificilmente 2 Acorda espontaneamente, mesmo quando não é manipulado; sono agitado 3 Não dorme
QUALIDADE DE RELACIONAMENTO	0 Somiso aleatório, “somiso resposta”, atento à escuta 1 Apreensão passageira no momento do contato 2 Contato difícil, chora ao menor estímulo 3 Recusa contato, nenhuma relação possível; gita ou geme mesmo sem estímulo
CONSOLABILIDADE	0 Não precisa de consolo 1 Acalma-se rapidamente com carícias, ao som da voz ou sugando 2 Acalma-se com dificuldade 3 Inconsolável; sucção desesperada

Fonte: Debillon *et al*²³

Escala multidimensional que avalia a dor prolongada em recém-nascidos que nasceram antes do tempo previsto: a introdução ou adequação da analgesia deve ser indicada por pontuação superior a seis (EDIN>6). A Escala N-PASS – (Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale) - Escala Neonatal de Dor, Agitação e Sedação é uma escala de dor, aprimorada para proporcionar sedação neonatal. Trata-se de uma escala confiável e válida que inclui variáveis fisiológicas e comportamentais para avaliar a sedação e a dor aguda e prolongada (crônica e/ou contínua) em crianças gravemente doentes. É composta por duas medidas de avaliação, dor/agitação e sedação, e cinco critérios são usados: sinais vitais, estado comportamental, expressão facial, tônus das extremidades e choro/irritabilidade. A pontuação de dor/agitação é avaliada visualmente com uma pontuação de 0 a 10. O escore de sedação é avaliado para pacientes que recebem medicamentos sedativos e requer estimulação.

Figura- 5 A Escala N-PASS – (Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale)

Critérios de Avaliação	Sedação		Normal	Dor / Agitação	
	-2	-1	0	1	2
Choro / Irritabilidade	Não há choro com estímulos dolorosos	Geme ou chora pouco com estímulos dolorosos	Choro adequado Não está imitável	Imitável ou chora a intervalos Consolável	Choro agudo ou silencioso-contínuo Inconsolável
Comportamento / Estado	Não há reação a qualquer estímulo Não há movimento espontâneo	Reação mínima aos estímulos Ligeiro movimento espontâneo	Adequado à idade gestacional	Irrequieto, contorce-se Acorda frequentemente	Arqueia-se, dá pontapés Constantemente acordado ou Reage minimamente / não há movimento (não está sedado)
Expressão Facial	A boca está relaxada Sem expressão	Expressão mínima com os estímulos	Relaxado Adequado	Qualquer expressão de dor é intermitente	Qualquer expressão de dor é contínua
Extremidades / Tônus	Não há reflexo de agarrar Tônus flácido	Reflexo de agarrar fraco ↓ tônus muscular	Mãos e pés relaxados Tônus normal	Fecha as mãos e encolhe os pés ou estica os dedos de forma intermitente (<30'') O corpo não está tenso	Fecha as mãos e encolhe os pés ou estica os dedos continuamente (≥30'') O corpo está tenso
Sinais Vitais: FC; FR; TA; SaO₂	Não há variação com a estimulação Hipoventilação ou apnéia	< 10% variação dos valores iniciais dos estímulos	Dentro dos valores iniciais ou normais para a idade gestacional	↑10-20% dos valores iniciais SaO ₂ a 76-85% com estimulação – ↑ rapidamente (≤2')	↑ > 20% dos valores iniciais SaO ₂ ≤ 75% com a estimulação – ↑ lentamente (>2') Não está sincronizado com a ventilação

© Hummel & Puchalski

Avaliação da dor do prematuro

- + 3 se < 28 semanas de gestação / idade corrigida
- + 2 se 28-31 semanas de gestação / idade corrigida
- + 1 se 32-35 semanas de gestação / idade corrigida

Escala N-PASS: Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (Escala de Dor, Agitação e Sedação Neonatal)

Pat Hummel MA, RNC, NNP, PNP, APN/CNP & Mary Puchalski MS, RNC, APN/CNS

3.2 Dor em recém-nascidos

De acordo com o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), o número de nascimentos prematuros no Brasil tem aumentado. Costenaro (2017) afirmou que um recém-nascido pré-termo (RNPT) é aquele nascido com menos de 37 semanas e a termo é aquele com idade gestacional entre 37 e 41 semanas e seis dias.

O RNPT) tem idade gestacional inferior a 37 semanas de gestação e com peso ao nascimento igual ou abaixo de 2.500g. É uma faixa mais suscetível ao atraso no desenvolvimento porque a prematuridade interrompeu os processos de maturação do cérebro, o que pode causar alterações estruturais e anatômicas, levando a deficiências funcionais, cognitivas e comportamentais.

Dados mostram que mais de 90% dos óbitos neonatais estão relacionados à prematuridade, em consequência dos recém-nascidos vivos que sobrevivem em muitos casos, são acometidos por complicações devido ao alto índice do tempo de internação. (LIMA W B Z, 2020). Os neonatos prematuros podem desenvolver alterações no seu desenvolvimento, devido ao longo período de internação e de procedimentos invasivos que irão propiciar o aparecimento de morbidades (UEMA et al, 2021). O processo adaptativo fora ao meio extrauterino podem levar há alguns possíveis fatores o recém-nascido e se caracterizar como risco. Devido à imaturidade fisiológica e anatômica, algumas crianças podem precisar de cuidados específicos e acompanhamento, que são frequentemente necessários em UTINs (PEREIRA; MENDES; ROCHA, 2019).

Na UTIN, o neonato é exposto a intenso estímulo nociceptivo, como o estresse e a dor que são bastante comuns, além de procedimentos invasivos, ruídos e luz intensa que são constantes nessa rotina (SANTOS *et al*, 2021). Além disso, ficam em incubadoras em decúbito dorsal deixando o seu conforto intrauterino e se adaptando com o meio externo, o ambiente deve ser o mais acolhedor possível mantendo berços e incubadoras aquecidas. Desta forma, a fim de reduzir os fatores estressores, especialmente a dor, a equipe de enfermagem deve desenvolver métodos para transformar a hostilidade do ambiente hospitalar em um ambiente terapêutico (MEIRELES G A et al, 2021).

Ainda assim, seus mecanismos de modulação e inibição da dor não amadurecem ao mesmo tempo que os transmissores da dor, então os estímulos dolorosos ocorrem, mas não há resposta endógena imediata de inibição, tornando a sensação dolorosa mais intensa (ELIAS *et al.*, 2016). O estímulo doloroso prolongado pode causar complicações que afetam vários sistemas orgânicos, incluindo mudanças no comportamento e na fisiologia, como mudanças no

padrão de sono, irritabilidade, queda no padrão alimentar e mudanças emocionais e cognitivas. (MACIEL et al., 2019; MOTTA, CUNHA, 2015; BRASIL, 2017).

Os neonatos prematuros estão expostos a vários procedimentos dolorosos e invasivos, ou que causam estimulação excessiva nas vias nociceptivas. Isso ocorre porque suas vias ainda são imaturas, o que os coloca em um estado prolongado de estimulação nociceptiva e estresse psicológico, o que os expõe aos efeitos clínicos deletérios da dor. O impacto prolongado dessas agressões fisiológicas pode causar problemas de cognição e déficit de atenção durante a vida escolar e aumentar a vulnerabilidade do RN prematuro a lesões neurológicas (MOTTA, CUNHA, 2015; BRASIL, 2017).

O neonato que é submetido a procedimentos dolorosos sem analgesia ou sedação adequada experimenta uma resposta generalizada ao estresse, o que resulta na liberação significativa de hormônios, que mobiliza os substratos e o catabolismo. Após uma exposição à dor, esses neonatos apresentam níveis elevados de adrenalina, corticóides, aldosterona e glucagon, bem como alterações nos níveis de insulina e metabólicas que incluem a mobilização e o consumo de proteínas e energia. Isso resulta em um hipermetabolismo com hiperglicemia e acidose láctica (ELIAS *et al.*, 2016; MOURA, SOUZA, 2021).

Pode ocorrer arritmias cardíacas, hipertensão arterial e taquicardia são comuns como alterações cardiológicas frente à dor. Pode ocorrer alteração no consumo energético, impactor no equilíbrio do peso, aumentando o tempo de hospitalização. Pode ocorrer aumento da frequência respiratória, redução da saturação de oxigênio, cianose, sudorese, dilatação das pupilas e apneia, vasoconstrição periférica e alterações na coagulação sanguínea. A lesão do desenvolvimento cerebral causada pela dor prolongada altera o sistema nociceptivo (ALLEGAERT, ANKER, 2016; MOURA, SOUZA, 2021).

O argumento tradicional de que os RNs não têm capacidade de sentir dor deve ser desconstruído, pois se baseia na ideia da imaturidade neurológica das vias nervosas não mielinizadas. Nos adultos, os impulsos nociceptivos também são conduzidos por fibras levemente mielinizadas e não mielinizadas. (SANTOS et al., 2012).

De acordo com Costa et al. (2017) o auto relato é a melhor maneira de identificar a dor, sendo este considerado um dos melhores instrumentos para a sua avaliação. No entanto, os neonatos não possuem esta possibilidade. Assim, outros métodos são necessários para avaliação. O uso de escalas validadas é um exemplo. O alívio e manejo da dor devem ser priorizados. Devem-se utilizar escalas de avaliação de dor para melhor entender os níveis algicos do RN, permitindo uma intervenção e apoio ao paciente para que uma internação não se transforme em um trauma que possa causar lesões futuras (ELIAS et al., 2016).

Entendem Costa et al., (2017) que diante desta limitação, o manejo da dor pela equipe de saúde é fundamental. Em sua pesquisa realizada com 51 enfermeiros, os profissionais relataram que existem diretrizes, protocolos ou rotinas para avaliar e manejar a dor em neonatos. Segundo Marques *et al.* (2021) o primeiro passo é uma avaliação da dor, pois ela permitirá que a equipe de terapia intensiva neonatal tome decisões precisas sobre que ação deverá ser realizada com vistas a minimizá-la.

Estudos mostram que até os anos 80 a dor em neonatos, não era diagnosticada de forma sistemática e em muitos dos casos não se tratavam, recentemente houve um avanço de conhecimentos e no desenvolvimento tecnológico, começaram a observar que inúmeros procedimentos dolorosos são realizados durante as primeiras horas de vida, principalmente os da UTIN, gravemente enfermos. Além disso os neonatos têm uma incapacidade de se comunicar, tornando um desafio, a equipe de enfermagem, pois dependem de avaliações ou expressões para poder ser controlada. (MARQUES et al; 2019).

Na pesquisa de Marques *et al.*, (2019), os autores constataram que a dor em neonatos pode ser avaliada a partir de manifestações comportamentais, como expressão facial e choro. Além das comportamentais, as manifestações fisiológicas são avaliadas, como frequência cardíaca, saturação de oxigênio e respiração. Alguns dos profissionais relataram que a observação da face é fundamental, pois ao indicarem desconforto, dentre outras possibilidades eliminadas, é possível caracterizar a dor em pacientes recém-nascidos. Movimentos irregulares, choro, caretas, alterações em parâmetros fisiológicos, frequência respiratória, como já descritos, confirmam as formas para identificar se o paciente está sentindo dor ou não. Os autores ainda citam que os neonatos quando entubados podem não representar a dor desta maneira.

Conforme o autor, estresse, alterações cardiovasculares, respiratórias, imunológicas e comportamentais podem ser causadas por estímulos dolorosos. Uma ocorrência endócrino metabólica de estresse acompanha essas respostas fisiológicas e são liberadoras de hormônios como adrenalina, noradrenalina e cortisol. Isso pode causar hiperglicemia e catabolismo proteico lipídico, o que prejudica o equilíbrio homeostático do RN, principalmente do prematuro. (MEIRELES *et al*, 2021).

Sposito (2016) também trata do manejo da dor em recém-nascidos. A autora trata da realidade recorrente nas unidades de internação, onde destaca que os profissionais ainda não possuem conhecimento suficiente a respeito do tema. Esse problema consiste em que a avaliação da dor não é adotada por muitas instituições de saúde, ou ainda, pela maioria dos profissionais de enfermagem. Ainda, uma causa possível é de que as escalas para avaliação da dor não são bem estabelecidas por determinada instituição, não tomando como medida rotineira este aspecto.

Sposito (2016) destaca que as escalas de avaliação da dor são fundamentais para detecção da dor neonatal, pois abrangem aspectos comportamentais e fisiológicos. As escalas destacadas pela autora são a NIPS, RNTs e RNPTs, as quais não apresentam comprometimento neurológico e nem sedação. A NIPS, segundo a autora, é composta por cinco parâmetros comportamentais, como posição dos braços, o choro, posição das pernas, expressão facial e o estado de consciência.

Andrade (2019), em sua pesquisa sobre exposição e tratamento de dor em recém-nascidos enquanto eles estavam hospitalizados em UTIN, identificou em primeiro momento as questões recorrentes a estes pacientes que passam por procedimentos dentro das unidades e, com isso, a sua exposição à dor. Para a autora, são inúmeros procedimentos dolorosos para fins terapêuticos e diagnósticos que possuem a finalidade de promover estabilidade e/ou recuperação do RN prematuro. Em seu trabalho, destaca que um bebê prematuro poderá passar de 50 a 150 procedimentos diariamente e, diante disso, é importante avaliar a dor nesse grupo, principalmente diante de suas limitações de fala e expressão.

É fundamental que os enfermeiros (as), estejam habilitados para atuar de forma eficiente, considerando capacitação e educação permanente essenciais para se ofertar um conforto a esses RN em UTIN (LIMA, 2020). Segundo Andrade (2019), as intervenções para alívio da dor devem ser baseadas no sentido de que a mesma possui caráter subjetivo e, assim, métodos multidimensionais podem ser utilizados. Estes incluem escalas de dor e, a partir deles, há a facilitação da identificação da intensidade e, em consequência, podem reduzir a ocorrência. Por ser um grupo de mais difícil detecção da dor, a autora demonstra que há maior necessidade de estudo destes métodos para garantir a disponibilização e aplicação de todo o conhecimento e aprimoramento da qualidade da assistência em saúde.

Silva *et al.*, (2018), fundamenta sua pesquisa em estudos sobre avaliação da dor em RN pela equipe de enfermagem, tendo como principal resultado de que cabe à equipe buscar estratégias e se utilizar de instrumentos eficientes para avaliação da dor nestes pacientes, a qual é considerado pelos autores procedimentos simples que devem ser realizados meticulosamente. É a partir da avaliação da dor que são determinados tratamentos ou mudança na conduta.

O uso de analgesia não é rotineiramente utilizado para o controle da dor na neonatologia. Verifica-se um tratamento inadequado de cuidado com a dor caracterizada por subjetividade, o que deverá dar lugar a alternativas menos dolorosas, evitando a utilização exagerada de fármacos. Medidas terapêuticas, seguras e efetivas proporcionam a qualidade do cuidado e manejo da dor (SILVA, *et al.*, 2018).

3.3. Percepção de enfermeiros sobre a dor em RN em UTIN

A dor é uma preocupação histórica da humanidade, que ao longo do tempo tem buscado esclarecer os motivos da sua ocorrência e os mecanismos para seu controle. De acordo com a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor, a dor é o quinto sinal vital que deve ser registrado simultaneamente e no mesmo ambiente clínico em que outros sinais específicos são avaliados. Nesse sentido, ao ser identificada faz-se necessário utilizar estratégias para amenizar o quadro álgico, contribuindo para uma evolução clínica mais favorável e um atendimento mais humanizado (CARNEIRO *et AL.*, 2016).

Como a dor é complexa e subjetiva, o seu alívio e a promoção do conforto são necessários. Isso requer conhecimento científico e habilidades técnicas, bem como preocupações humanitárias e éticas da prática de enfermagem. (CARNEIRO, 2016). É relevante que a dor seja identificada de forma adequada para qualificá-la e quantificá-la por meio de instrumentos que utilizam parâmetros comportamentais e fisiológicos, tais como as escalas para avaliação da dor.

Há uma grande quantidade de instrumentos publicados e validados no Brasil e em todo o mundo, o que mostra a dificuldade de fazer uma avaliação precisa. Desta forma, a discussão teórica a seguir retrata, em primeiro momento, as características gerais da dor, seu diagnóstico, evidências, consequências e, posteriormente, uma reflexão sobre a dor em recém-nascidos e precisa a dor. A avaliação do dor no neonato deve ser feita por meio de escalas que incluam uma variedade de parâmetros, com o objetivo de uniformizar os critérios de medição das variáveis. As parâmetros fisiológicos e comportamentais devem ser avaliados simultaneamente para obter mais informações sobre as respostas individuais a dor e suas possíveis interações com o ambiente (SPOSITO *et al.*, 2017).

A Lei Nº 7.498/1986 do exercício Profissional de enfermagem determina que os cuidados diretos a pacientes com risco de morte e a execução de ações que exijam raciocínio clínico e tomada de decisões imediatas sejam realizados, privativamente, pelo enfermeiro (SOUZA, 2017). O uso de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, no entanto, está relativamente relacionado ao manejo da dor aguda e apresentam eficácia comprovada, baixo risco para os neonatos e baixo custo operacional no que se refere aos cuidados intensivos (MACIEL *et al.*, 2019).

Na UTIN são realizados diariamente vários procedimentos para garantir a sobrevivência dos pacientes, muitos dos quais são invasivos e potencialmente dolorosos. A morbimortalidade neonatal pode aumentar como resultado das alterações cardiovasculares, respiratórias e endócrino-metabólicas causadas pelas respostas e esses estímulos (SOARES 2016).

Assim, um aperfeiçoamento e capacitação dos profissionais de saúde é crucial para detectar, avaliar e tratar a dor que os neonatos experimentam, diminuindo a disparidade entre o que se sabe sobre o dor neonatal e a prática clínica. Os membros da equipe devem receber treinamento sobre as alterações fisiológicas e comportamentais que acompanham o fenômeno doloroso nos RNs e como usar instrumentos para medir e avaliar a dor (OLIVEIRA *et al*, 2016). Para melhorar a assistência aos Rns submetidos a procedimentos dolorosos ao longo das internações, os profissionais, em particular os enfermeiros, devem participar de um processo de sensibilização para avaliar a linguagem não verbal desses neonatos (MACIEL *et al*, 2019).

De acordo com Pereira, Mendes e Rocha (2019), refletir e tornar as ações efetivas de enfermagem em relação ao manejo e correta avaliação da dor em unidade neonatal é tornar a assistência mais humanizada. Desta forma, refletem os autores: Dentro deste contexto, para avaliar esses parâmetros fisiológicos e comportamentais em situações dolorosas, é necessário entender a dor. Como resultado, essas escalas desempenham um papel significativo na realização de uma "leitura" de resposta à dor do tipo comportamental. Essas escalas multidimensionais incluem uma combinação de parâmetros objetivos e subjetivos relacionados à resposta à dor demonstrada pelo RN (PEREIRA; MENDES; ROCHA, 2019).

Ao comparar as escalas unidimensionais com as multidimensionais, as primeiras são mais relacionadas aos indícios de dor dos RN no quesito comportamental, o que pode não representar alterações em seus parâmetros fisiológicos. Ao se utilizar a escala unidimensional comportamental é importante, pois existem situações em que a dor está relacionada à resposta do núcleo do tronco cerebral, responsável pelos movimentos da face e corpo e, não, relativos aos controles centrais (PEREIRA; MENDES; ROCHA, 2019).

O estudo de Pereira, Mendes e Rocha (2019) teve uma abordagem qualitativa realizada no período de maio a outubro de 2016, em um hospital do Distrito Federal. A pesquisa analisou percepções sobre o comportamento ou aspectos de análise individual de RN por parte de enfermeiros. Os participantes do estudo foram profissionais da equipe de enfermagem que trabalham em um hospital público do Distrito Federal/ Brasil.

Para os profissionais pesquisados a dor é considerada como o quinto sinal vital e, quanto à percepção da dor, a expressão facial, a irritabilidade e a taquicardia abrangem a maior quantidade de respostas. E em relação às medidas para contenção da dor, o uso de glicose e sucção não nutritiva, a qual libera endorfina, gerando diminuição da dor, foi a primeira medida relatada. Além dessas medidas gerais de conforto, como posicionamento, contenção e sedação, tanto venosa, quanto via oral ou tópica foram medidas citadas pelos profissionais entrevistados (PEREIRA; MENDES; ROCHA, 2019).

No estudo de Carneiro *et al.*, (2020) há, em primeiro momento, o entendimento de que o desenvolvimento de Unidades de Terapia Intensiva é fundamental para a diminuição de mortes em neonatos. No entanto, os recursos terapêuticos que são realizados dentro destas unidades precisam ser continuamente revistos e avaliados, a fim de trazer, cada vez mais, qualidade no atendimento ao neonato.

Pelo fato de estarem em unidades de cuidados intensivos os neonatos apresentam instabilidade fisiológica, hemodinâmica, alterações metabólicas, dentre outros distúrbios que exigem um cuidado mais expressivo. Além disso, a hospitalização traz situações estressantes, tanto para o bebê quanto para seus familiares. As complicações apresentadas podem gerar complicações, logo, a identificação dos sinais que levam à identificação destas, é fundamental (CARNEIRO, et al., 2020).

Segundo Word (2019) a relação entre os profissionais com os neonatos é de suma importância para o tratamento da dor. Devido a equipe passar muito tempo na assistência e tratamento, é de sua responsabilidade o processo de avaliação sistemática da dor juntamente com medidas que levem à prevenção, redução ou eliminação do desconforto a esses neonatos.

O profissional precisa desenvolver um olhar humanizado e, além disso, há a necessidade de treinamento mais efetivo para que as medidas sejam tomadas de acordo com processos de enfermagem adequados. Cada membro da equipe percebe a dor de acordo com suas experiências e influência cultural, envolvendo a prática de assistência humanizada com o diálogo entre seres humanos e relação existencial. A relação entre equipe e paciente neonato propõe proporcionar o bem-estar ao paciente/cliente, o qual reconhece na equipe uma fonte de apoio e suporte, principalmente em razão da fragilidade de sua existência. Assim, é necessário aplicar uma assistência global e humanizada, privando pelo crescimento e desenvolvimento da qualidade de vida ao indivíduo que passa por situação estressante nas UTIs neonatais (WORLD et al., 2019).

De acordo com a autora, os enfermeiros por estarem em contato diário e direto com os pacientes neonatais, conseguem avaliar de forma mais efetiva o bem-estar físico, psicológico e a resposta ao tratamento. É preciso ressaltar a concepção de que é necessário desenvolver técnicas e aplicar as consideradas de melhor eficácia na avaliação e percepção da dor, não podendo ser negligenciada a ação, principalmente por se tratar de indivíduos com dificuldade de expressão. Ressalta Silva (2018) que é fundamental as ações relacionadas à humanização em saúde, pois através destes quesitos e de acordo com o especificado na Política de Humanização em Saúde, as condutas de enfermagem conduzirão a cuidados mais efetivos aos neonatos.

Relata ainda Silva (2018) que é possível perceber em muitas instituições de saúde a falta de mão-de-obra especializada, dificultando, desta forma, o planejamento de ações pertinentes ao cuidado. Assim, confirma que tanto a instituição de saúde quanto uma postura própria do

profissionais devem propor uma educação continuada para que o conhecimento possa dar origem à utilização de ações eficientes.

Uma equipe que participa de cursos e treinamentos adquire ferramentas e instrumentos que promovem uma avaliação e a percepção eficaz de manejo da dor, o que torna mais facilitada a decisão de escolher intervenções farmacológicas ou não, de acordo com a necessidade dos pacientes. A intervenção sobre a dor promove um alívio da mesma, indicando a qualidade dos serviços em saúde (SILVA, 2018).

Entende-se, portanto, que o neonato possui particularidades que devem ser observadas desde o início da intervenção da equipe de enfermagem. Desde as características desta fase da vida até questões referentes à estadia dos pacientes/clientes em UTINs, as quais são geradoras, por si só, de estresse até condutas interventivas. Assim, a percepção da equipe de enfermagem sobre as melhores medidas a serem tomadas de medicação e avaliação da dor, proporcionam a qualidade no atendimento em saúde, o que ameniza a dor, controla e, através de um atendimento humanizado em sua totalidade, promove o bem-estar do neonato, o qual pela sua condição de tempo de vida é fragilizado e, ainda, necessita de intervenções que demandam maiores cuidados pelos profissionais.

3.4. Medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor

O primeiro passo para o tratamento de dor de RN internados na UTIN deve ser uma avaliação humanística. O objetivo principal do manejo da dor no neonato é oferecer intervenções que ajudem o neonato a se recuperar e reorganizar após o estresse. Assim, durante todo o período de internação do RN, o tratamento da dor deve ser priorizado (BALDA, 2019).

Existem lacunas em se tratando do assunto manejo da dor em neonato, ou seja, este assunto é muito complexo e depende muito de cada interpretação. O feto no útero materno recebe estímulos completamente diferentes daqueles dos que são internados em unidades neonatais. Ele está em uma condição fisiológica diferente. É fundamental tornar o ambiente da UTIN o mais acolhedor possível. O prognóstico de pacientes com sistema nervoso central em desenvolvimento pode ser alterado pelo cuidado neonatal que leva em consideração as necessidades desses pacientes. (SANTOS *et al*, 2021).

Não que diz respeito ao tratamento da dor, a primeira medida é a prevenção, e o controle ambiental está relacionado à prevenção da dor. Ainda assim, nem sempre é possível evitar a dor (UEMA *et al*, 2021).

De acordo com a resolução nº 41/95, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e Adolescente (CONANDA) a criança internada tem o direito de não sentir dor (BRASIL, 1995). Assim, as medidas a serem tomadas devem diminuir ou até mesmo eliminar esse sintoma. Medidas

farmacológicas e não farmacológicas devem ser tomadas para reduzir a dor, sendo de responsabilidade da equipe multiprofissional o seu alívio (MARCONDES *et al.*, 2017).

Estudos mostram que medidas não farmacológicas em neonatos internados na UTIN são efetivas quando agrupadas aos procedimentos dolorosos, tais como: método-canguru, contenção facilitada, contato pele a pele. Foram observados que procedimentos dolorosos podem desencadear várias alterações nos sinais vitais, e o aumento da pressão intracraniana (PIC), problemas ao longo prazo como deficiência no desenvolvimento, distúrbios emocionais e no seu aprendizado (LIMA, RIBEIRO, FERREIRA, 2020).

Segundo Laurino (2021) o contato pele a pele com o neonato junto com a mãe antes, durante ou após algum procedimento invasivo ou doloroso ajudam a reduzir alterações comportamentais e fisiológicas na qual a dor é relativamente diminuída. De acordo com Roberta et al (2021), existem algumas formas de reduzir e prevenir a dor tais como a redução de quantidades de adesivos como micropore e esparadrapo em contato com a pele, optar por acessos venosos centrais ou PICC, agrupar os procedimentos nos mesmos horários de manipulação como aferição de sinais.

Observa-se que existe atualmente uma gama de intervenções farmacológicas e não farmacológicas e com efeito positivo comprovado, podendo ser aplicadas para minimizar a dor e o estresse causados por procedimentos dolorosos na qual os neonatos são submetidos durante sua internação na UTIN (MORGANHEIRA, 2018). Na UTIN o neonato é exposto a diversos estímulos, podendo ocorrer a hipersensibilidade aos estímulos dolorosos tais como punção venosa, aspiração orotraqueal, coletas de exames laboratoriais, punção lombar, passagem de sondas vesicais, orogástricas e nasogástricas, passagem de cateter venoso central, flebotomia e procedimentos cirúrgicos. Outros procedimentos não dolorosos como uma troca de fraldas, mudanças de decúbito, também podem desencadear dor, devido ao estímulo das terminações nervosas que foram submetidas a procedimentos repetitivos, levando a diminuição do limiar de dor (SOARES 2016).

Em neonatos prematuros, há variações na resposta à dor repetitiva, o que dificulta sua avaliação e o tratamento. Além disso, é importante ressaltar que embora não se utilizem escalas para avaliar a dor nesses neonatos, é o quinto sinal vital e devemos nos atentar para sua importância, facilitando seu diagnóstico, estimando o tratamento mais efetivo para reduzir diferentes tipos de dor em neonatos (LIU et al, 2017).

Frente à dor torna-se necessário o emprego de medidas para seu alívio. Aproximadamente três por cento dos casos recebem tratamento analgésico ou anestésico específico antes da realização de procedimentos e trinta por cento recebem tratamentos coadjuvantes para reduzir a dor. A avaliação da dor em pacientes neonatais parece ser uma tarefa difícil. A natureza subjetiva da experiência dolorosa, bem como a falta de instrumentos confiáveis, válidos e com aplicação clínica para medir sua presença e intensidade, apresentam-se como barreiras difíceis de transpor (BRASIL 2014).

As medidas não farmacológicas para aliviar a dor são consideradas técnicas não invasivas e incluem um conjunto de ações educacionais, físicas, emocionais e comportamentais. A maioria dessas medidas de baixo custo, fácil de usar e não apresenta grandes riscos ou complicações. Entre essas medidas, destacam-se: toque, contato pele-pele, chupeta de gaze embebida em glicose ou leite materno, acalento, contenção facilitada e sucção não nutritiva (OLIVEIRA et al., 2016). Métodos não farmacológicos foram desenvolvidos nos últimos anos para ajudar a reduzir múltiplas interrupções à beira do leito e foram considerados seguros e eficazes no controle da dor (STEVENS et al., 2016; et al., 2022).

Uma pesquisa realizada revelou que a taxa de uso de intervenções não farmacológicas em UTIN tende a ser maior do que as intervenções farmacológicas. A vantagem das técnicas não farmacológicas de alívio da dor é que elas são econômicas, facilmente toleradas e causam reações adversas mínimas ou nulas. Elas são eficazes na redução da dor intensa e podem ser aplicadas por enfermeiros sem orientação do médico (KATENDE MUGABE, 2015; STEVENS et al., 2016).

As intervenções não farmacológicas são eficazes e objetivam prevenir a intensificação de um processo doloroso, a desorganização neurocomportamental do Neonato, o estresse e a agitação, sendo recomendadas para procedimentos relacionados à dor. Podem ser prescritas pelo enfermeiro e protocoladas para o uso da equipe. A analgesia não farmacológica é um recurso importante para aliviar a dor, seja sozinha ou em conjunto com medicamentos. Toda situação potencialmente dolorosa deve ser levada em consideração ao fazê-lo. O contato pele a pele, soluções adocicadas, amamentação e sucção não nutritiva estão entre essas medidas. (CONG, 2019).

A dor do procedimento em lactentes pode ser controlada por técnicas farmacológicas e não farmacológicas, e ambas as estratégias devem ser usadas dependendo da gravidade da dor. A prevenção de procedimentos dolorosos deve ser a primeira escolha, mas os neonatos precisam passar por muitos procedimentos dolorosos e os métodos não farmacológicos de controle da dor tem se mostrado eficazes para ajudá-los nesses momentos (HERRETTAL., 2019). Aliviam o desconforto do procedimento e são voltados especialmente para efeitos de curto prazo (PILLAI RIDDELL et al., 2015).

As estratégias mais utilizadas para lactentes são a sucção não nutritiva (PILLAIRIDDELletal., 2015), a amamentação (HARRISON et al., 2016) e uso de solução de glicose (FRIEDRICHSDORF GOUBERT, 2019; STEVENS et al., 2018). Além disso, cuidados pele a pele, aconchego facilitado, enfaixamento ou estimulação tátil e massagem nos calcanhares podem ser usados como métodos de alívio da dor durante procedimentos dolorosos (HALL e ANAND, 2014).

Descobriu-se que métodos não farmacológicos reduzem as respostas fisiológicas dos neonatos, as expressões faciais de dor e a duração do choro. Os escores compostos de dor em

procedimentos de ruptura da pele também melhoraram como resultado de tais métodos (PILLAI RIDDELL *et al.*, 2015).

Em relação ao alívio da dor em bebês por meio do uso de métodos não farmacológicos, o estudo apontou que os enfermeiros concordaram que a medição da dor é necessária para o cuidado de enfermagem. Metade dos entrevistados (51%) confirmou que as escalas de dor são importantes na mensuração da dor dos bebês. Os enfermeiros também relataram que não estavam familiarizados com a maioria das escalas de dor e não eram usadas rotineiramente na prática cotidiana. As enfermeiras disseram que os métodos não farmacológicos mais úteis para o alívio da dor foram tocar (83%) e posicionar os bebês (78%). Os métodos mais raramente utilizados foram os cuidados pele a pele (12%) e encorajar as mães a amamentar o bebê (34%). Os autores concluíram que há a necessidade de aumentar o uso de escalas de avaliação da dor e documentação da dor na prática diária. Ainda que há um desconhecimento sobre os métodos não farmacológicos (TREIMAN-KIVESTE *et al.*; 2022).

Nesse sentido, o mais importante é ter uma equipe treinada e capacitada para abordar esses neonatos e tentar aliviar a dor, tentando melhorar a qualidade de vida, pois a maioria dos neonatos tem um longo período de internação na UTI neonatal. Para isso, devemos usar além das medidas farmacológicas, medidas de manejo não farmacológicas, como medidas ambientais e comportamentais. É essencial ter conhecimento dessas técnicas, pois a aplicação de várias técnicas relacionadas pode aumentar o efeito analgésico (BALDA, 2019).

A melhor maneira de reduzir a dor dos neonatos é reduzir o número de procedimentos realizados, o que pode começar com menos interferências no sono do RN. A remoção de procedimentos desnecessários e a prevenção de repetições ineficazes são outras estratégias cruciais (LAURINO 2021).

Elas favorecem a liberação de endógenos (endorfinas), com propriedades analgésicas intrínsecas, bloqueando os caminhos da dor (COSTENARO 2017). O foco deve ser em técnicas menos invasivas, estratégias preventivas ou técnicas complementares como: ambientais (exposição à luz ou ruído), comportamentais (posicionamento, manuseio, panos) e não farmacológicas (soluções glicosadas como a sacarose, amamentação, chupeta, sucção não nutritiva) que previnem, aliviam ou até eliminam a dor (ALLEGAERT, 2016; BALDA 2019).

Promover a sucção não nutritiva com o dedo enluvado ou com a própria mão dos neonatos, e também estimular a amamentação antes e durante os procedimentos dolorosos de média intensidade como nos casos de punção e realizar contenção facilitada favorece a autoorganização postural, podendo transmitir uma sensação de segurança e provocar um efeito calmante (SOUZA, 2017).

Essas tecnologias de redução da dor incluem o método mãe canguru, massagens e mudanças de decúbito. Essas técnicas são usadas para prevenir, aliviar, tratar a dor e reduzir o estresse durante os procedimentos (BALDA 2019). O contato pele a pele com os pais traz inúmeros benefícios tanto

com para o desenvolvimento dos neonatos internados na UTIN, além disso, permite uma participação no seu cuidado. Este método do contato físico aumenta o empoderamento dos pais, e ajuda a fortalecer o vínculo da família com a equipe de saúde, estimula o aleitamento materno, protegendo-o contra infecções e auxilia os pais na constituição do vínculo e conhecimento do seu filho, possibilitando o reconhecimento de situações em que o mesmo manifesta dor (LAURINO 2021).

A terapia combinada de mais de uma dessas técnicas é considerada mais eficiente no alívio da dor do que intervenções únicas e essa associação tem sido investigada com frequência em estudos recentes (SHAH *et al.*, 2015; LIU *et al.*, 2017; LI *et al.*, 2022). Por exemplo, efeitos combinados de música e toque (QIU *et al.*, 2017), sucção, leite materno e aconchego (PENG *et al.*, 2018; LI *et al.*, 2022), música e sacarose (SHAH, KADAJ, SINN, 2017) sacarose oral e sucção não nutritiva (EL SERAFY *et al.*, 2009; LIAW *et al.*, 2011; LI *et al.*, 2022), etc. foram avaliados em ensaios clínicos.

Os efeitos combinados de sucção não nutritiva e sacarose foram testados por numerosos ensaios prospectivos randomizados. É do conhecimento geral que ambos os métodos podem aliviar separadamente a dor em recém-nascidos, mas conjugados têm um efeito mais efetivo (SHAH *et al.*, 2015; LIU *et al.*, 2017; LI *et al.*, 2022).

O objetivo dos enfermeiros que trabalham na UTINS é fornecer serviços de enfermagem de alta qualidade e competência. Por isso, se faz necessário manter-se atualizado sobre o assunto, buscar sempre mais informações, desenvolver uma visão crítica e responsável do neonato e enfatizar o paciente como um todo (SANTOS *et al.*, 2021). Para lidar bem com o dor do neonato e reduzir seus fatores condicionantes, uma equipe de enfermagem da UTIN deve ser composta por profissionais treinados com conhecimento científico e manejo técnico. (COTENÁRIO, *et al.*, 2017).

O desafio é capacitar e qualificar a equipe profissional a fim de prestar um bom atendimento e sensibilizá-los, proporcionando aos neonatos, um conforto necessário, conferindo uma assistência de enfermagem humanizada, contínua e dinâmica (CONG, 2019).

Os valores culturais dos enfermeiros, a falta de critérios e instruções para o alívio da dor e a falta de cooperação e tempo, bem como a alta carga de trabalho, pode influenciar o uso de métodos de alívio da dor. Muitas vezes, os enfermeiros têm considerado que os métodos não farmacológicos são ineficazes e não têm experiência ou conhecimento para utilizá-los (BECKETT *et al.*, 2015; KATENDE e MUGABI, 2015; HALL e ANAND, 2014; SQUILLARO *et al.*, 2019).

A utilização de medicamentos no tratamento e ruptura da dor é uma consideração nas estratégias farmacológicas. A dipirona, o paracetamol, o fentanil e a morfina foram considerados medicamentos farmacológicos comuns. Além disso, informações sobre o uso de sedativos como midazolam e hidrato de cloral são usados apenas com prescrição médica. Esses medicamentos são frequentemente usados isoladamente (mostrando a falta de conhecimento sobre a diferença entre sedação e analgesia) ou em conjunto com outros medicamentos analgésicos, apesar de não serem

analgésicos. Os profissionais da unidade devem avaliar o contexto clínico e determinar quais métodos de controle da dor devem ser usados. (COMENTÁRIO *et al.*, 2017).

4. METODOLOGIA

A seguir foram apresentadas as etapas que serão utilizadas para a operacionalização do estudo.

4.1. Local do Estudo

A pesquisa foi realizada na UTIN de um Hospital Universitário do sul do Brasil (HU). Este iniciou suas atividades em 1966. É considerado um Hospital Amigo da Criança, título outorgado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), pelo Ministério da Saúde; pela Organização Mundial da Saúde e por todas as instituições que cumprem os Dez Passos para o sucesso do Aleitamento Materno.

Em 1990, a UTIN foi inaugurada. Atualmente, a unidade disponibiliza 10 leitos para atendimentos de cuidados intensivos. Em 1999 foram credenciados leitos para a UTIN Intermediária, que, atualmente, tem cinco leitos para atendimento de cuidados intermediários. Em 2014 outros três leitos da UTI Neonatal Intermediária Canguru foram habilitados. Hoje, no total, a unidade tem capacidade para até 18 pacientes. Possuem, também, uma sala de prescrição, um expurgo, uma sala de reuniões; dois postos de enfermagem, uma sala para guarda de materiais e duas enfermarias de isolamento.

4.2. Participantes do Estudo

Participaram do estudo enfermeiros que trabalham na UTIN do HU. A UTIN possui 57 profissionais de enfermagem, dos quais 16 são enfermeiros assistenciais, um é enfermeiro administrativo, 40 técnicos de enfermagem e um auxiliar de enfermagem, distribuídos em quatro turnos (manhã, tarde, noite 1 e noite 2). Para inclusão na pesquisa, os critérios abrangem ser enfermeiro que atua na UTI há seis meses ou mais. Serão excluídos os que estiverem de férias ou licença saúde no período da coleta dos dados.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). O TCLE que os participantes assinaram estava com a letra maior (14) conforme Instrução Normativa PROESP/FURG no 06/2019, Art. 5o, item III, parágrafo 8º e espaço para digital (caso tenha alguma dificuldade visual).

4.3. Coleta dos Dados

O Comitê de Ética aprovou a pesquisa antes da coleta de dados. As entrevistas foram realizadas de forma semiestruturada (APÊNDICE B). A entrevista é um método que ajuda a estabelecer uma relação dialógica com uma intenção específica. É conhecida por promover a abertura e o aprofundamento da comunicação (MINAYO, 2017). Moré (2015) define a entrevista como um espaço relacional gerador de significados, sustentado pelo interesse do pesquisador. Para a autora, a entrevista em profundidade, embora possua um eixo norteador relacionado ao objetivo central da pesquisa, possui flexibilidade a partir da narrativa do participante, buscando a apreensão de respostas sinceras, não previsíveis.

O questionário utilizado na entrevista foi elaborado pelas pesquisadoras deste estudo. Os participantes foram questionados acerca de como avaliam a dor dos neonatos internados no setor e que medidas adotam com vistas a minimizá-la. Devido a pandemia de COVID-19 foram respeitados os protocolos de saúde para encontros presenciais. O uso obrigatório e contínuo da máscara adequadamente posicionada por parte da pesquisadora assim como dos entrevistados, termômetro para aferição da temperatura corporal, uso de álcool gel para higienização das mãos. A cada entrevista foi oferecida uma caneta utilizada para assinatura do TCLE e a mesma não precisou ser devolvida.

O local da entrevista foi a sala de reuniões da UTIN do HU. Nenhum participante apresentou sintomas gripais e todos estavam vacinados contra a Covid-19. A entrevistadora, devidamente imunizada, com esquema vacinal completo, portou o comprovante em todos os momentos de encontros presenciais. As entrevistas foram realizadas no segundo semestre de 2022, gravadas e transcritas para análise. Duraram em torno de 30 minutos a uma hora.

4.4. Análise dos Dados

A Análise Temática foi utilizada para analisar os dados coletados das entrevistas. Na primeira fase, o objetivo foi obter uma compreensão fundamental do texto por meio da leitura cuidadosa e completa das entrevistas transcritas. O objetivo era identificar categorias de expressões ou palavras significativas que organizassem o conteúdo em função de semelhanças e diferenças. Foi realizado o tratamento dos resultados e a interpretação dos mesmos a partir de estudos acerca da temática (MINAYO, 2017).

A Análise temática foi realizada em três etapas:

- Pré-análise: foi realizada leitura criteriosa de todas as transcrições, voltando para o objetivo da pesquisa e conforme for surgindo novas situações será feita a leitura do material de acordo com os dados existentes na literatura;
- Exploração do material: os dados foram agrupados por semelhanças e diferenças, gerando categorias de análise.
- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação de dados: os dados foram reunidos e interpretados conforme os autores que fundamentam o tema da pesquisa.

4.5 Aspectos Éticos

O projeto foi desenvolvido respeitando-se os preceitos éticos contidos na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A resolução apresenta as normas e diretrizes regulamentadoras acerca das pesquisas com seres humanos. O projeto foi encaminhado para o Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ), para a Gerência de Ensino e Pesquisa do HU-FURG/EBSERH (GEP), sendo cadastrado na Rede de Pesquisa EBSERH.

Após aprovação foi cadastrado na Plataforma Brasil para obter aceite do Comitê de Ética em (CEP/FURG). Foi aprovado pelo CEP com parecer número 5.577.393 e CAAE 61061222.5.0000.5324. A coleta de dados só iniciou após aprovação do comitê de ética.

Os participantes da pesquisa foram informados sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos e finalidades, bem como acerca dos métodos de coleta e análise. Os participantes foram identificados pela letra E numeradas em ordem crescente conforme forem sendo realizadas (E1, E2, E3, ...). Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que assegura a garantia de anonimato e sigilo na identificação dos discursos, tal qual liberdade para abandono da pesquisa em qualquer etapa. O Termo, impresso em duas vias de igual teor, apresentou os dados relativos à pesquisa, sendo uma via para a pesquisadora e a outra para os participantes pesquisados.

Para garantir a ampla e irrestrita possibilidade de participação, o TCLE contou com uma versão impressa com letras maiores (tamanho 14), visto que podia fazer parte do estudo algum participante com acuidade visual diminuída. Da mesma forma, além da linha para assinatura houve um espaço para registro de impressão digital, diante da possibilidade de o entrevistado não ter condições de registrar sua assinatura.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conforme abordado na metodologia, o número de enfermeiros participantes do estudo foram 11 dos 16 atuantes na UTIN. O fluxograma abaixo apresenta os critérios utilizados por esta pesquisadora para classificar os candidatos elegíveis.

Figura 6. Fluxograma de seleção de candidatos elegíveis para o estudo.



Fonte: Elaboração própria.

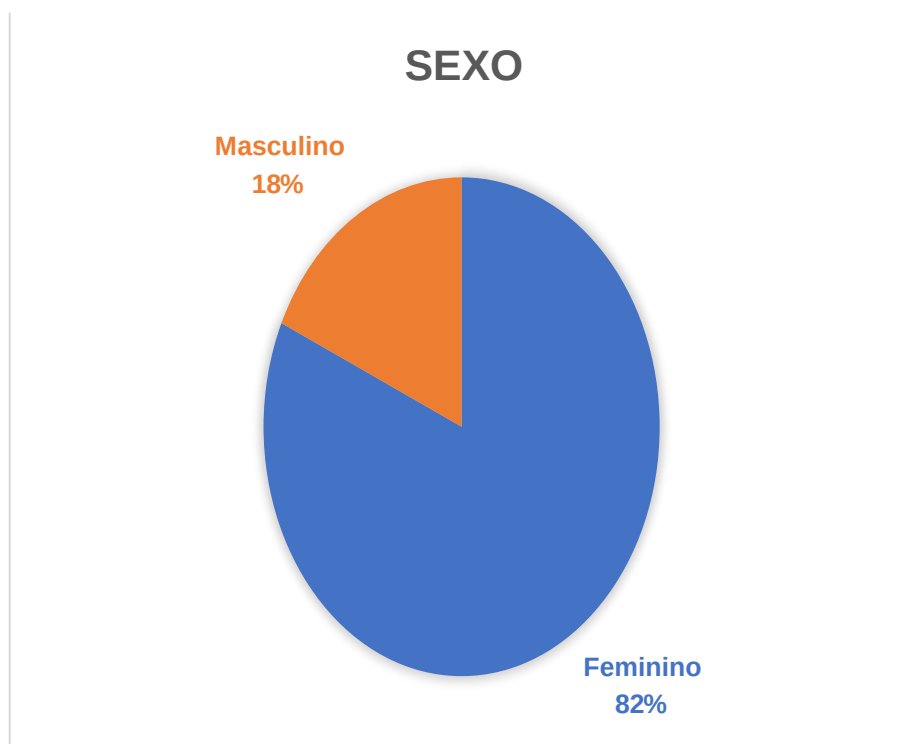
Identificou-se que a equipe de profissionais atuantes na UTIN era de 16 enfermeiras. Destas 11 enfermeiras compuseram o corpus da análise. Três não foram consideradas elegíveis, pois atuam no setor há menos de seis meses. A enfermeira administrativa foi excluída por não se adequar aos critérios de inclusão estabelecido previamente na metodologia, juntamente com a enfermeira pesquisadora. A análise dos dados gerou como categorias:

- 5.1 Caracterização dos participantes do estudo;
- 5.2 Conhecimentos sobre dor do RN internado na UTIN;
- 5.3 Práticas utilizadas para garantir conforto e minimizar a dor do RN.

5.1 Caracterização das participantes do estudo

Dos 11 enfermeiros participantes do estudo nove (82%) eram do sexo feminino e dois (18%) do sexo masculino. A idade dos participantes variou entre 30 a 57 anos, conforme disposto no gráfico 1.

Figura 7: Distribuição por idades dos enfermeiros atuantes na UTI.



Fonte: Elaboração própria.

O gráfico 2 apresenta dados relacionados ao tempo de formação profissional e o tempo de atuação na UTIN. No que tange o tempo de formação profissional dos enfermeiros os dados variam entre 5 a 30 anos de formação, predominando 28% (N=3) dos participantes com tempo entre 11 a 15 anos de formação; seguidos por 18% (2) dos participantes 6 a 10 e 16 a 20 anos de formação e 9% (1) com o tempo de 1 a 5 anos. Ao que compete a formação complementar 36,36% (4) possuíam pós-graduação lato sensu na área de neonatologia ou pediatria e apenas 9,09%(1) possuíam especialização e/ou residência em neonatologia.

Com relação ao tempo de atuação na UTIN os dados variaram entre um ano e um mês a 30 anos de atuação na assistência aos neonatos. Onde predominou 55% (6) dos colaboradores com o tempo de um a cinco anos, seguidos por 18% (2) dos enfermeiros com seis a 10 anos de atuação e 9% (1) dos enfermeiros tinham de 11 a 15 anos de tempo de assistência na UTIN, conforme disposto abaixo no gráfico 2.

Figura 8: Tempo de formação, tempo de atuação na UTIN



Fonte: Elaboração própria.

Segundo os relatos dos entrevistados não há protocolo para avaliação e tratamento da dor neonatal estabelecido pela instituição. Deste modo apresentou-se divergência de condutas entre os enfermeiros assistenciais acerca do tratamento não farmacológico da dor em neonatos, fundamentando a importância da instauração de protocolos para padronização dos serviços prestados, intuindo a melhoria na qualidade do serviço, bem como estabelecendo a qualidade de vida neonatal.

5.2 Conhecimentos sobre dor do RN internado na UTIN

Ao serem questionados sobre seu conhecimento acerca da dor no RN internado na UTIN, foi possível perceber que os enfermeiros buscam conhecimento por meio de cursos de capacitação, leitura de artigos em periódicos e realização de pós-graduação. As fontes de informação que são utilizadas pelos enfermeiros para atualização sobre dor neonatal serão apresentadas a seguir.

Figura 9: Fontes de informação sobre dor neonatal utilizadas pelos enfermeiros.

Fonte: Elaboração própria.

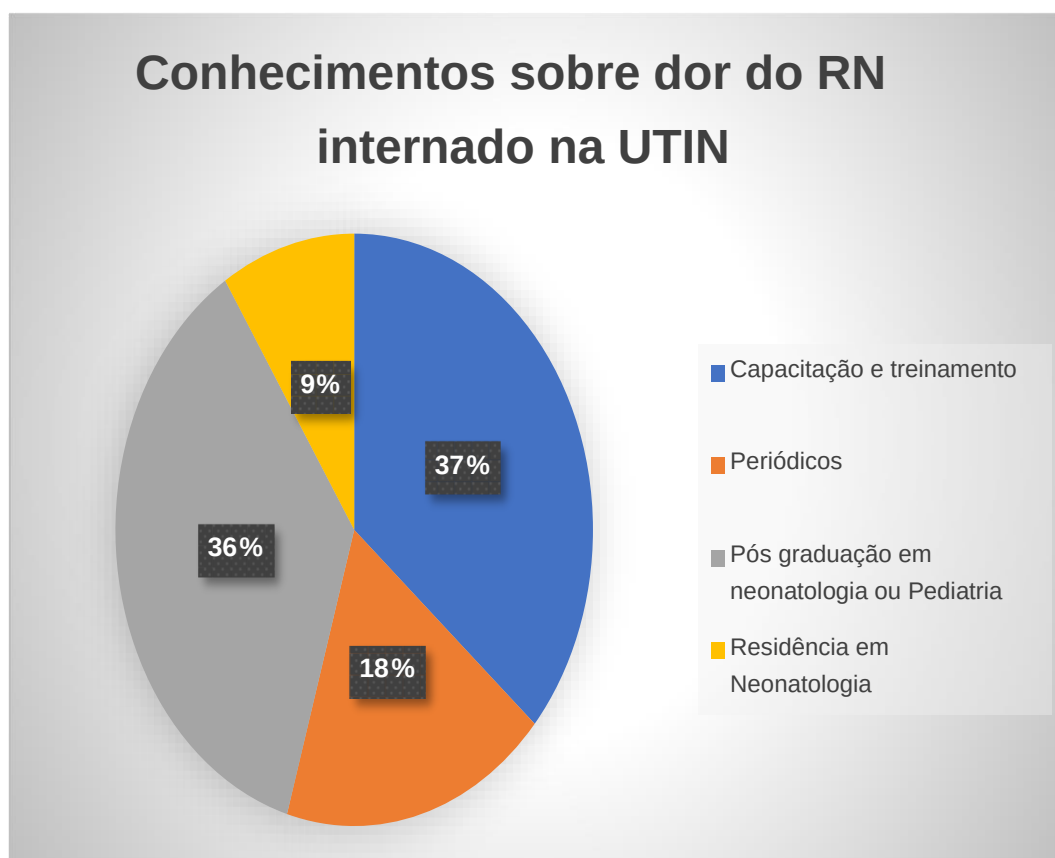
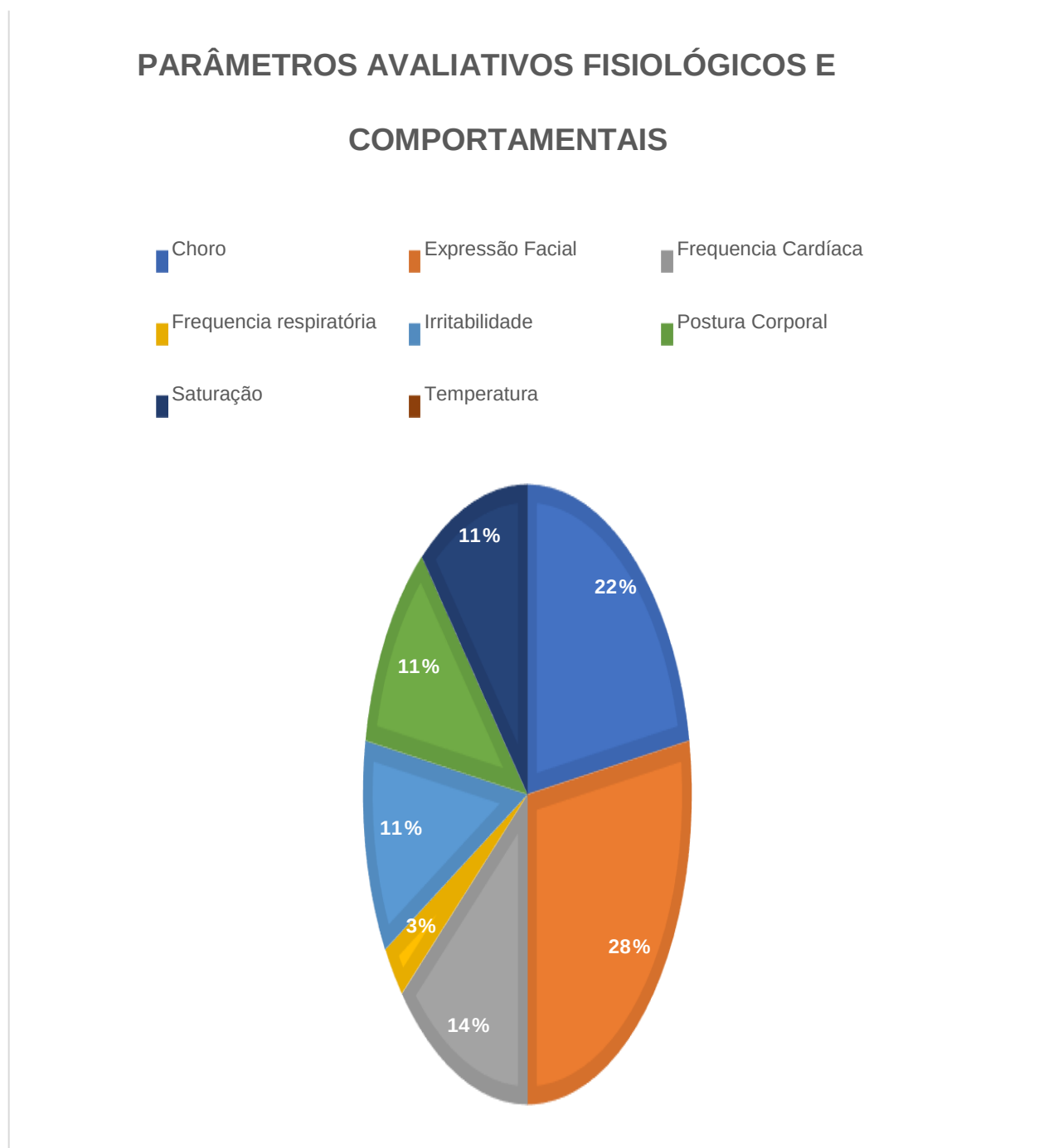


Figura 10: Parâmetros avaliativos fisiológicos e comportamentais



Fonte: Elaboração Própria.

Quanto ao conhecimento dos enfermeiros acerca da dor verificou-se que buscam conhecimento por meio de cursos de capacitação, leitura de artigos em periódicos e realização de pós-graduação. Avaliam a dor do neonato observando critérios como o choro, a expressão facial, a postura

corporal, as feições, alterações na saturação de oxigênio e a frequência. Afirmaram não terem recebido nenhuma capacitação e/ou treinamento de modo que tal diagnóstico se dá de forma assistemática e com base nas experiências individuais de cada profissional. Referiram a capacitação recebida como ultrapassada e ineficiente, considerando que não há reciclagem e funcionalidade no que tange a aplicabilidade do cuidado.

Reconhecem a dor do recém-nascido, mas sentem-se impotentes frente ao sofrimento dos mesmos. Possuem dúvidas quanto à sua habilidade técnica e conhecimento específico. Apontaram sentimentos de despersonalização do profissional enfermeiro relacionados à falta de padronização e envolvimento da equipe multiprofissional na assistência integrada, fragmentando o cuidado.

Quadro 1. Conhecimentos dos enfermeiros sobre dor

Categorias Temática	Características	Discursos
Conhecimentos dos enfermeiros sobre dor	Avaliam a dor do neonato observando alguns critérios, dentre os quais: o choro, a expressão facial, a postura corporal, as feições, alterações na saturação de oxigênio e a frequência cardíaca.	[...] criança inquieta, criança que tu não consegues nem tocar direito. Baixa saturação, baixa, faz bradicardia. Na criança maior é o choro, não para quieta [...] (E1). [...] a gente costuma observar a expressão facial dessa criança, os sinais do monitor, muitas vezes a postura corporal, dessa criança [...] (E2). [...] choro, afeição, o olho, boca, testa, feições do neonato que ele faz ou do choro, diferente [...] (E4). Eu observo muito o tônus dele, a face dele também. Se está apresentando gemência ou não e também a frequência cardíaca (E5). [...] características da fisionomia da criança que já nos indica dor, sem falar na irritabilidade, o choro. Pode ter também uma queda de saturação mais frequente ou até uma taquicardia, uma taquipnéia. Então, são mais essas alterações de sinais vitais e de fisionomia e o choro também (E7). Nos aspectos primeiro a identificação da face de dor, queda de saturação, a coloração da pele, a hipotonia, a

		irritabilidade e o choro extremo. Acho que seria isso (E8). Olha eu levo em consideração o que eles representam assim a face, o quão organizado ou não está o bebê. O choro, as vezes a elevação de temperatura ou não às vezes a dificuldade de elevar a temperatura [...] (E11).
	Não receberam capacitação e/ou treinamento, sendo o diagnóstico com base nas experiências individuais de cada profissional.	Não têm treinamentos ou capacitações formais. Eu acredito que uma troca de conhecimento, discussões de casos,[...] (E9). Acredito que treinamento ou uma capacitação seriam importantes [...] (E3). Não, não tem (E4, E8; E10). Acho que não tem treinamento e nem capacitação (E5). [...] acho bem fragilizado, [...] a maioria desconhece as principais escalas para mensuração. Eu ainda acho que o trabalho é muito empírico, [...]. Desde que cheguei não passei por nenhuma capacitação em relação a dor do paciente e avaliação específica (E6). [...] treinamento tem. Acho muito importante os treinamentos também de como tu manipular uma criança [...] (E1). [...] tem o POP e a gente teve o curso na escola EBSEH de educação que foi bem bom [...] solução adocicada, a glicose 25% antes do procedimento[...] (E11).
	Consideram a capacitação recebida como ultrapassada e ineficiente	[...] a gente tem um curso na escola EBSEH de educação corporativa que fala sobre estas questões que tem a parte da avaliação. Só que nunca foi implementado [...]. Aí vai de cada profissional [...] querer

	Reconhecem a dor do RN, mas sentem-se impotentes sofrimento dos mesmos.	implementar na sua prática[...] (E7). As equipes têm um treinamento para isso. Eu não sei até que ponto ele é efetivo porque as pessoas têm acesso ao treinamento através dos cursos e dos Pops que se tem a avaliação da dor e das medidas. Mas acaba que no dia a dia a gente recorre pouco (E9). [...] aqui tem várias intensidades e várias semanas também. Então, os aspectos que a gente vê são diferentes. Às vezes tem muito choro, às vezes, para uma criança de 25 /26 semanas, como tu vai identificar como dor? [...] (E1). [..] Bom a gente não quer que ninguém sinta dor. A gente não gosta que essas crianças sintam dor, principalmente porque elas têm uma sensibilidade muito maior aos estímulos todos. Elas sofrem aqui e isso é uma coisa constante. Então, é importante pensar em evitar as situações que causem dor e estresse nas crianças [...] (E2). É primeiro pelo próprio RN em diminuir o sofrimento porque acredito que ele leve depois e segundo para reduzir os malefícios que isso pode causar fisiologicamente para ele (E4). É muito importante porque além das repercussões hemodinâmicas a gente não sabe o impacto que esses estímulos dolorosos vão causar no futuro porque tem pouquíssimas pesquisas a respeito [...] (E5). Desde as condições clínicas apresentadas pelo paciente até a questão das manipulações,
--	--	--

	Ha sentimentos de despersonalização do profissional enfermeiro relacionados à falta de padrões e participação da equipe multiprofissional na assistência integrada ao RN, que fragmenta o cuidado.	todo o procedimento a gente considera, até o toque, dependendo de como ele seja, pode ser um estressor e pode causar dor nesse RN e a gente tem que ter a sensibilidade para perceber (E6). Eu acho primordial porque como eu falei essa exposição a esses estímulos dolorosos vão causar posteriores sequelas. Temos que minimizar, prevenir essas sequelas posteriores. Então, às vezes, a gente pega estudos que acompanham crianças pós alta, em ambiente escolar por exemplo, elas conseguem remeter situações de dor aqui dentro da neo [...] (E7). [...] é 100% importante. Eu acho que tem a máxima importância porque a gente precisa ter esses RNs em período de sono calmo para conseguir manter uma boa saturação, evitar hemorragias e conseguir manter um baixo gasto calórico [...] (E8). Eu acho que é super importante. Inclusive eu acho que a gente poderia sinceramente valorizar mais isso, atuar mais em cima disso porque é legal este trabalho pensando nesse ponto[...] (E9). [...] eu acho de fundamental importância a gente poder preparar o nenê para esses procedimentos para futuramente não ter um estresse ou uma sequela. Daqui há pouco a criança está lá com seis anos uma criança perfeita mas tem algum trauma de alguma coisa que tu não sabes que tu não vais lembrar. A criança pode carregar o trauma da punção e de outros procedimentos dolorosos [...] (E10).
--	---	---

	Qual a importância de dor do RN, e quais medidas a serem tomadas	Olha o mais importante é que às vezes a gente entra nesse assunto de dor neles, no desconforto. É conseguir enxergar que eles embora não consigam verbalizar [...] eles sentem. É conseguir ter essa percepção [...] (E11). [...] as vezes eu sinto que falta um pouco de conhecimento, até de minha parte mesmo que é uma coisa que a gente deixa em segundo plano. Aqui a criança não costuma reclamar de dor. O adulto te reclama, tira a tua mão e o recém-nascido não tem esse recurso[...] (E3). [...]às vezes a equipe de enfermagem reconhece que esta criança está com dor, reconhece que esta criança está apresentando cólica aí a gente solicita a medicação e muitas vezes não é atendido [...] (E7). [...] é muito difícil quem prescreve aceitar que a criança tem dor e, muitas vezes, a gente chama atenção para várias pessoas diferentes e depende da característica da pessoa [...] (E8). [...] então as medidas farmacológicas são basicamente os analgésicos. Eu não sei entra como uma medida farmacológica ou não farmacológica a sucção algum tipo de açúcar então, basicamente, é isso (E9). [...] em momentos de emergência a nossa atenção está em fazer o que tem que fazer e, realmente, as vezes a gente não se preocupa em fazer alguma coisa para esse manejo [...] (E10). [...] em um adulto sem nenhum tipo de analgesia tu não faria determinadas manipulações. Por exemplo: tu não fazes uma
--	---	--

		punção lombar em um adulto sem botar algum anestésico, não faz vários procedimentos que a gente faz aqui dentro. Tu não fazes em adultos sem sedação ou analgesia e no RN a gente faz. É que talvez não tenha dor eu acho que talvez não se tenha conhecimento e estudo, pode ser que seja isso, mas sabemos que eles sentem a dor sim [...] (E11). [...] existem conversas, discussões principalmente em grupos de WhatsApp para gente conseguir né, um senso comum, mas não existe um protocolo [...] a discussões né entre os enfermeiros e os técnicos e muitas vezes relacionado ao pensamento do médico que está de plantão [...] E2. [...] a dor não é bem um aspecto muito relevante para todos os profissionais, eu acredito que as vezes despersonaliza a criança por não saber reclamar [...] o profissional se dá conta de que ele está causando algum procedimento doloroso [...] apercepção do profissional sobre o que ele está causando neste recém-nascido (E3). [...] a equipe médica é muito resistente à utilização de analgésicos [...] às vezes a equipe de enfermagem reconhece que a criança está com dor [...] solicita a medicação e muitas vezes não é atendida [...] (E7). [...] é muito difícil quem prescreve aceitar que a criança tem dor [...] (E8). [...] se ela está chorosa, se ela está apresentando sinais que ela está com dor. A gente avalia o mais rápido possível porque se tem uma série de procedimentos invasivos, de cateteres que ficam permanentes na criança enquanto ela está internada uma
--	--	--

		série de dispositivo que podem desencadear a dor né a posição, tudo pode ocasionar a dor na criança né então eu acho que o mais correto é avaliar isso o mais precocemente e levar em consideração os sinais que ele está dando né que pode ser usado através de escalas (E9). Não, não é comum. Não é presente em prescrição. Não tem uma prescrição de assintomáticos fixa ou se necessário fixo para a gente usar conforme a nossa observação (E11).
--	--	---

Fonte: Elaboração Própria.

5.3 Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para garantir conforto e minimizar a dor do RN

Quanto às estratégias utilizadas para o alívio da dor dos neonatos investem em medidas não farmacológicas como sucção não nutritiva, glicose oral antes e após aplicação de um estímulo doloroso, diminuição de estimulações táteis, método canguru, aleitamento materno precoce, contenção facilitada. Utilizam também medidas farmacológicas, mas apontam a grande resistência dos profissionais médicos em prescrever essas medicações.

Demonstraram preocupação em realizar ações sobre o ambiente, citando a diminuição de ruídos e iluminação, lençóis bem esticados, cateteres bem posicionados, acomodação da criança no leito e imobilização durante procedimentos. Referiram sentirem-se pouco capacitados, necessitando revisarem técnicas e procedimentos, estabelecerem protocolos específicos e implantarem uma escala de dor na unidade.

Referiram a necessidade de uma capacitação da equipe de enfermagem para reconhecer os sinais de dor e reconhecerem o momento em que devem ser utilizadas medidas farmacológicas além de realizarem os registros nas evoluções de enfermagem e no prontuário da criança.

Quadro 2. Práticas para garantir conforto e minimizar a dor

Categorias Temática	Características	Discursos
Práticas para garantir conforto e minimizar a dor	Há preocupação não apenas com o alívio da dor imediata, mas também com a prevenção de sequelas	[...] diminuir o máximo possível [...] as sequelas, porque isso gera sequelas após a saída[...] (E1). [...]quanto mais a gente pensar em evitar essas situações que causem dor, e estresse nas crianças a gente consegue principalmente preservar a questão cerebral delas, os neurônios [...] (E2). [...] diminuir o sofrimento porque acredito que essa memória ele leve depois[...] (E4). É muito importante porque além das repercussões hemodinâmicas, também a gente não sabe o impacto que esses estímulos dolorosos vão causar no futuro [...] (E5). [...] paciente que sente dor, ele chora, ele se irrita e sendo um RN, pode levar a um sangramento intracraniano e a consequências ainda mais graves [...] (E6). [...] tem estudos que demonstram a questão do pisar que as vezes de tanto fazer a glicemia no calcanhar eles têm um pisar diferente, ou às vezes até um processo de irritabilidade[...] (E7). [...]criança pode carregar o trauma da punção e de outros procedimentos dolorosos, pode causar insegurança [...] (E10). [...] dar sucção para eles, diminuir o máximo possível aquele choro

	As medidas farmacológicas foram: glicose oral antes e após aplicação estímulo.	intenso... enrolar bem direitinho, bem apertado [...] (E1). [...] na parte da enfermagem as medidas não farmacológicas que é conseguir manter esse bebê aninhado, em uma posição confortável fazer com que mantenham os sinais estáveis, aquecidos [...] (E2). [...] faz a sucção não nutritiva. Às vezes quando vai fazer um acesso utiliza a glicose para conforto [...] (E3). [...] a gente tenta o ninho, fazer com que ele fique aconchegado, que remete ao útero materno, a glicose às vezes a gente utiliza. Normalmente, em procedimentos dolorosos a gente utiliza a sucção não nutritiva [...] (E4). [...]durante um procedimento doloroso eu enrolo ele bem. Às vezes quando possível eu oferto glicose para ele e também utilizo a sucção não nutritiva [...] (E5). [...] incubadora bem fechadinha, a forma do toque, quando for fazer punção fazer a sucção não nutritiva, o colo da mãe, o leitinho materno [...] (E6). [...] mais utilizado da sucção não nutritiva, o uso de glicose, contenção [...] (E7). [...] aconchegar com um lençol, glicose, colo, chamar as mães [...] (E8). [...] sucção de algum tipo de açúcar[...] (E9).
--	---	---

	Há grande resistência dos profissionais médicos em prescrever medidas farmacológicas	[...] a gente faz o tal do docinho né para quando vai fazer punção e o dedo na boca para dar conforto isso melhora um monte [...] (E10). [...] o enrolamento, o envelopamento, a solução adocicada[...] (E11). [...] na verdade eles tentam o máximo possível não dar medicação ... não consegue de maneira nenhuma, tem que usar medicação [...] (E1). [...] é comum hoje, é uma prática mais considerada, principalmente pensando que a gente tem um quadro de médicos mais novos [...] (E2). Não, em alguns casos dependendo da patologia da criança até se usa mais não é utilizada (E3). Não, é muito difícil [...] (E4). [...] assim quando a gente vê que está persistindo o incômodo no RN a gente solicita o plantão [...] (E5). [...] em último caso a gente comunica o plantão e faz as intervenções farmacológicas [...] (E6). [...] é muito raro, a equipe médica é muito resistente à utilização de analgésicos [...] (E7). [...] é muito difícil eles aceitarem quem prescreve aceitar que a criança tem dor [...] (E8). Não, não é comum, não tem uma prescrição de assintomáticos fixa ou se necessário [...] (E11).
--	---	---

	Preocupam-se com o ambiente, citando a iluminação e os ruídos e como fatores que afetam a qualidade do sono e do conforto do RN	[...] diminuir a luz, enrolar eles bem apertado para aconchegar [...] (E1). [...] manter o bebê aninhado, em uma posição confortável faz com que mantenham os sinais estáveis, sem estímulos luminosos e dolorosos desnecessários [...] (E2). [...] mínimo de manuseio, o silêncio também, a diminuição de estímulos auditivos ou até visuais [...] (E3). A incubadora bem fechadinha, evitar o barulho, não gritar na unidade, envolver o RN, deixar ele bem aconchegado para ficar parecendo com o útero materno [...] (E6).
	Necessitam revisar técnicas de procedimentos, do trabalho desenvolvido em duplas, das medidas de conforto, do estabelecimento de protocolos específicos e da implantação de uma escala de dor na unidade	[...] acho muito importante os treinamentos de como tu manipular uma criança, de cada procedimento que tem, saber como manusear[...] (E1). [...] quanto mais a gente pensar em evitar situações que causem dor e estresse nas crianças gente consegue que elas evoluam mais rápido para alta[...] (E2). [...] eu acho a equipe pouco capacitada para lidar com a dor [...] (E3). [...] é muito escasso esta parte de protocolos, capacitações, cursos relativos a dor [...] (E4). [...] tenho um conhecimento muito básico. Sei que existem escalas, que têm formas de avaliar [...] (E5). [...] o mais correto é avaliar o mais precocemente e levar em consideração os sinais que ele está dando. Que pode

		ser avaliado através das escalas [...] (E9). [...] poderia implantar uma escala de dor e fazer um treinamento com a equipe para demonstrar os sinais principais da dor na criança [...] (E11). [...] diminuir a luz, enrolar bem eles, bem apertado para aconchegar. Se está com dor, por exemplo, se está com cólica eu tento o máximo possível fazer massagens, fazer outras medidas que não sejam farmacológicas [...] (E1). Eu acredito que como enfermeiro adotaria as medidas de sucção não nutritiva, pele a pele e acomodação da criança no leito, imobilização durante a realização de procedimentos [...] (E3). A hora do soninho é algo importante a gente adotar. O barulho, reduzir ruídos, e até nas lixeiras hoje em dia colocam um amortecedorzinho para diminuir o impacto e o barulho e a luminosidade também [...] (E4). Acho que foi o que falei antes, como enrolar, a questão da glicose e sucção e também tentar reduzir os estímulos, tanto da luz como do barulho (E5). Eu acho que começando com as medidas de conforto e as não farmacológicas. Então, em primeiro lugar é deixar o
	Citaram como medidas voltadas para o ambiente a diminuição dos ruídos e da luminosidade, lençóis bem esticados, cateteres bem posicionados, acomodação da criança no leito, imobilização durante procedimentos.	

	Tem interesse em implantar uma escala de dor, protocolos específicos e capacitar a equipe de enfermagem	RN bem confortável, saber se não tem nada que possa estar ocasionando dor, que a gente possa eliminar o fator desde a posição. Por exemplo: se o lençol está bem esticadinho, se o cateter não está pegando em alguma coisa, a sucção nutritiva[...] (E9). [...] entender a criança, acomodar, pegar um pouquinho no colo, dar um chamego, ver os sinais porque por mais que tu faças tudo ele continua com aquela expressão de dor [...] (E10). [...] a primeira coisa que a gente precisa é ter um protocolo que seja comum, que todo mundo tem que falar a mesma linguagem para a criança receber o mesmo tipo de cuidado, depois precisa capacitar as equipes [...] (E2). [...] a capacitação da equipe com relação especificamente a reconhecer e quantificar, porque dependendo da quantificação as intervenções podem ser modificadas e aplicadas, [...] (E6). [...] implementação dessas escalas para a gente verificar realmente se essa criança precisa ou não de alguma ação. Se a criança continuar dando pontuação para dor a gente implementar medidas farmacológicas [...] (E7). [...] treinamento para mostrar ou poderia implementar uma escala de dor e fazer um treinamento com a equipe para demonstrar os principais sinais de dor [...] (E8) [...] instituir rotinas, prescrever cuidados e atentar
--	--	--

		mais como por exemplo realizar os banhos de ofurô que são mais relaxantes [...] (E11).
--	--	--

6 DISCUSSÃO DOS DADOS

Este estudo objetivou descrever o conhecimento e as práticas de enfermeiros atuantes na UTIN, acerca do manejo da dor em neonatos internados e conhecer as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para garantir o conforto, bem como medidas farmacológicas e não farmacológicas para minimizar a dor dos neonatos internados na UTIN. Neste sentido, ao explorarmos os resultados acerca do conhecimento e das práticas assistenciais dos enfermeiros foi possível obter um panorama do manejo da dor em neonatos, sabendo que estas ações são influenciadoras da qualidade do desenvolvimento dos mesmos ao longo de suas vidas.

Em sua maioria os enfermeiros do presente estudo são do sexo feminino (82%), corroborando com afirmativa dos autores Pires, Carvalho, Xavier (2020) que as mulheres constituem a maioria nesta categoria profissional, reafirmando as questões de gênero, histórica e cultural da profissão de enfermagem.

No que tange o conhecimento pode-se perceber que os enfermeiros concordam que os neonatos sentem dor, o que indica uma mudança de paradigma profissional. De Oliveira et al. (2020), traz a provável explicação que aponta para essa mudança de pensamento atribuindo-as às pesquisas publicadas que abordam essa temática, possibilitando melhor conhecimento por parte dos profissionais e, por conseguinte, favorecendo uma melhor avaliação e reconhecimento dos sinais de dor manifestados pelo neonato.

O mesmo autor salienta ainda que, a assistência de enfermagem neonatal tem avançado nos últimos anos, e que as unidades Neonatais são espaços que comportam uma gama de tecnologia e, portanto, necessitam de aprimoramento não apenas conhecimento científico, mas acima de tudo de humanização para compreender as necessidades dos neonatos (OLIVEIRA et al., 2020).

Neste sentido, a prevenção da dor é fundamental para melhorar a qualidade de vida dos neonatos não apenas por razões éticas, mas também para evitar e/ou minimizar os efeitos nocivos das exposições repetidas a eventos dolorosos, os quais são submetidos rotineiramente. No entanto, não há instituído um protocolo de avaliação, tornando-se um método assistemático e baseado em questões culturais, interesses e experiências profissionais individuais.

Os enfermeiros têm em média de cinco a 30 anos de experiência, acrescido de especialização em neonatologia e pós-graduação lato sensu em neonatologia e pediatria, essas qualificações e tempo de experiência permitem que os profissionais identifiquem nuances nos neonatos bem como melhorem suas condições clínicas, planejem o suporte e reduzam os estressores neonatais, os quais podem prejudicar a recuperação, prolongar o tempo de internação e desta forma afetar o desenvolvimento neurológico (SILVEIRA FILHO et al., 2019).

Santos (2020), reforça ainda que as habilidades dos enfermeiros começam com o reconhecimento e avaliação da expressão de dor do neonato. Isso inclui observar e registrar os sinais

apresentados pelo mesmo, juntamente com as mudanças fisiológicas que indicam sofrimento. Apontando ainda, que as maiores dificuldades percebidas se referem à percepção, avaliação da expressão da dor e registro em prontuário. Para que as equipes assistenciais avaliem e quantifiquem adequadamente a dor, é importante sensibilizá-las para o problema e incluir habilidades de identificação, mensuração, registro e gerenciamento na educação continuada.

Considerando que, o enfermeiro e sua equipe são os principais responsáveis pelo cuidado direto ao neonato, fica evidente que seu papel é reduzir ou evitar continuamente os eventos dolorosos causados pelos diversos procedimentos invasivos recebidos pelo neonato. Sabe-se que tais eventos, ocasionam várias consequências, entre elas: variações na saturação de oxigênio com instabilidade fisiológica, da frequência respiratória e cardíaca e da pressão intracraniana. Pode alterar a resposta neurocomportamental ao longo do tempo (SPOSITO et al., 2017).

Ressalta-se que dentre os eventos estressores os quais os neonatos são submetidos citase os mais comuns: ruídos intensos e luz excessiva; manuseio constante; procedimentos repetitivos e altamente dolorosos tais como: punção venosa e calcânea, PICC; aspiração de orofaringe e nasofaringe; remoção de cateter venoso; remoção de adesivo; sondagem orogástrica; aspiração traqueal; intubação e extubação traqueal.

Níveis elevados de ruído podem prejudicar a capacidade autorregulatória dos neonatos, levando a taquicardia, bradicardia, aumento da pressão intracraniana, hipóxia e, potencialmente, maior tempo de internação desse neonato. A superexposição do mesmo a ambientes ruidosos pode predispor a danos cocleares, surdez e até hemorragia intraventricular. Porém, além da internação prolongada, ocorrem vários outros problemas como apneia, alterações no sono e vigília, irritabilidade, choro. Pode ocorrer, também, aumento do consumo de oxigênio, aumento da frequência cardíaca e aumento da demanda energética. O ganho de peso diminui e pode ocorrer a longo prazo risco de transtorno de déficit de atenção (SOBEP, 2021).

Além de afetar o repouso e o sono do RN, os níveis elevados de ruído podem prejudicar a audição, causando fadiga, inquietação/irritabilidade e choro, este último, podendo levar ao aumento da pressão intracraniana e, conseqüentemente, hemorragia cerebral. A luz constante no ambiente da UTIN pode retardar o início dos ritmos circadianos endógenos, levando à privação do sono. Podendo ainda, através de intensidade estar associada a uma diminuição na saturação de oxigênio, o que impede que os recém-nascidos abram os olhos para explorar os arredores, levando também a alterações endócrinas (COSTA et al., 2017).

Para controlar o ruído na UTIN, os profissionais que trabalham nessas enfermarias podem realizar várias intervenções. Mais importante, evitar colocar e manusear monitores, bombas de infusão e outros equipamentos em cima das cúpulas da incubadora, reduzindo o ruído dos equipamentos e reduzindo a atividade geral na UTIN. Deve-se reduzir o volume dos alarmes, indica-

se o uso de proteções em lixeiras, pias e escotilhas de incubadoras, diminuir o tom de voz, reduzir conversas desnecessárias e permitir períodos de silêncio na unidade. Reduzir o movimento humano nesses ambientes. Promova "a hora do silêncio". Lembrar e educar sempre toda a equipe e cuidadores/famílias sobre a importância do controle de ruído na unidade neonatal (SOBEP, 2021).

Um fator que influencia o conforto do neonato é a iluminação excessiva na UTIN. O estresse, demonstrado pelo aumento dos níveis de atividade, diminuição do sono e bradicardia, que podem se apresentar relacionados à exposição à luz contínua nesses ambientes. Portanto, a melhor solução para internar adequadamente o neonato é reduzir a intensidade da luz na enfermaria neonatal, portanto, intervenções concomitantes são necessárias para reduzir os danos. A luz direta só deve ser usada para o procedimento, manter a exposição individualizada à luz, implementar um ciclo dia/noite, cobrir a incubadora com um cobertor e observar a resistência à luz individual dos neonatos (GRIFFITHS et al.; 2019).

Há preocupação sobre a frequência com que os neonatos são tratados durante sua permanência na UTIN. Deve-se reduzir a manipulação e uma das formas é o agrupamento de cuidados de acordo com a tolerância do RN dos neonatos.

Os autores Apaydin, Cirik, Efe (2020) apresentam ainda, propostas de redução de manipulação as quais envolvem: aninhamento do neonato, colocando o mesmo em posição fetal; banho uma vez por semana (nos outros dias realizar higiene íntima com água morna); manipulações padronizadas e agrupamento de procedimentos; cumprimento da hora do descanso/repouso em que se reduz a iluminação e não se realizam nenhum tipo de manuseio.

Além disso, a exposição à dor afeta vários sistemas do corpo, principalmente os sistemas neuroendócrino e cardiovascular. Observam-se alterações hormonais na hipófise, nas glândulas suprarrenais e no pâncreas, levando a distúrbios no metabolismo das proteínas e carboidratos. Foram observados, também, níveis aumentados de catecolaminas, hormônio do crescimento, glucagon, cortisol, aldosterona e outros corticosteróides e secreção suprimida de insulina.

Verificaram-se casos de hipertensão arterial, arritmia e taquicardia devido exposição prolongada a dor (SILVA et al., 2022).

A experiência dolorosa é o maior preditor de comprometimento do neurodesenvolvimento no neonato, superando os efeitos adversos da ventilação pulmonar mecânica, doenças como a enterocolite necrosante e o uso de opióides, tranquilizantes e várias outras drogas. A dor neonatal repetidamente não tratada pode prejudicar a experiência futura de dor, além de atraso no desenvolvimento pós-natal, alterações cerebrais e comprometimento a longo prazo do desenvolvimento neurológico, cognitivo e moto (SOBEP, 2021).

A UTIN é um ambiente estressante para o RN, o que leva a sentimentos desconfortáveis, falta de aconchego e alterações no crescimento e desenvolvimento. Isso é diferente da época da gestação

intrauterina, por isso é importante ter uma equipe bem capacitada para cuidar desses pacientes. Os eventos dolorosos agudos aumentam ainda as respostas de estresse, que incluem alterações cardiovasculares, respiratórias, imunológicas, hormonais e comportamentais. Por outro lado, as respostas fisiológicas incluem respostas endócrinas e metabólicas, o que pode resultar em hiperglicemia, que aumenta o catabolismo proteico e impede a homeostase do RN (COSTA et al., 2017).

Percebeu-se pelos relatos dos entrevistados que neonatos em estado grave, via de regra, mobilizam mais a equipe. Por meio de múltiplas intervenções dolorosas e invasivas, esse tipo de neonato gera comoção dentro da equipe, recebendo prioridades em relação aos neonatos que não apresentam a mesma gravidade. No primeiro caso, o alívio da dor é fundamental para compensar o sofrimento que a equipe teve que infligir direta ou indiretamente ao paciente para promover a saúde futura do mesmo.

É necessário ter consciência das repercussões que o estímulo doloroso em repetição pode provocar nesses neonatos e ao longo de suas vidas. A dor no período neonatal, em virtude do desenvolvimento da plasticidade do cérebro imaturo, pode causar alterações permanentes em longo prazo (COSTA et al, 2017).

Neste sentido Sampaio et al (2019), afirmam que a dor se caracteriza por sua complexidade, subjetividade e multidimensionalidade. O alívio e bem-estar dos pacientes é uma ação necessária e urgente que exige conhecimentos técnico científicos e habilidades técnicas relevantes para a prática da enfermagem, sem esquecer a questão da humanização tão importante quanto o alívio da dor causadora de estresse e desconforto.

Sabe-se que para os enfermeiros, conforme demonstrado nos resultados, o cuidado humanizado ao neonato envolve uma variedade de ações. No entanto, no cenário clínico, existem muitas limitações que dificultam a realização de diferentes ações pelos enfermeiros, há necessidade de sensibilizar e conscientizar a equipe médica, e há necessidade de desenvolver práticas que promovam o cuidado humanizado por meio da implementação de escalas, protocolos e/ou treinamentos. Nessa perspectiva, o manejo da dor do RN é um cuidado humanizado somente quando realizado por uma equipe multiprofissional atuante na UTIN (BRITO, 2020).

O tratamento adequado e humanizado dos processos algícos exige que os enfermeiros tenham conhecimento dos principais aspectos da dor como: avaliação sistemática, versatilidade, intervenções adequadas, farmacológica e não farmacológica, monitoramento dos resultados do tratamento e comunicação com a equipe médica de forma clara e objetiva. Sendo de suma importância que os profissionais saibam reconhecer os sinais que confirmam a presença da dor, portanto, a equipe de enfermagem necessita ser instrumentalizada para que identifiquem a linguagem da dor e façam as

intervenções necessárias e vitais para qualidade de vida desses neonatos (SILVEIRA FILHO et al., 2019).

O cuidado pode dar-se de maneira fragmentada se houver falta de padronização e envolvimento da equipe multiprofissional na assistência ao neonato. A maioria dos procedimentos dolorosos são realizados pela enfermagem, por isso a responsabilidade pelo manejo da dor, geralmente, fica sob sua responsabilidade, mas na verdade isso deveria ser do interesse de todos os profissionais que prestam o cuidado.

Os neonatos hospitalizados experimentam dor tendo consequências negativas a curto e longo prazo e, portanto, deve ser prevenida e tratada. Conforme as diretrizes nacionais e internacionais alegam que o manejo adequado da dor requer uma avaliação. Nota-se que não existe uma padronização nas unidades de UTIN para avaliarem a dor, esta avaliação da dor deve ser realizada regularmente e qualquer detecção de dor deve ser tomada para reduzir danos futuros ao seu desenvolvimento (ERIKSSON, CAMPBELL-YEO, 2019).

Devido ao fato de não haver um método padronizado e de fácil realização para a avaliação da dor em neonatos, que possa ser utilizada em todas as situações, torna-se necessário que os enfermeiros se sintam seguros com os protocolos institucionais. A avaliação, quantificação e qualificação do estímulo doloroso devem ser realizadas a partir de diversos indicadores que quando analisados em conjunto, permitem a discriminação dos estímulos em dolorosos e não-dolorosos.

A equipe de enfermagem é muito importante para aliviar a dor e o sofrimento dos neonatos. Os enfermeiros estão diretamente envolvidos em procedimentos invasivos e dolorosos e passam a maior parte do tempo com os pacientes. Como resultado, os profissionais, por meio da prática de enfermagem, são responsáveis pelo processo sistemático de avaliação da dor e pelas ações que visam prevenir, diminuir ou eliminar o desconforto.

No que se refere às avaliações realizadas pelos enfermeiros acerca da dor no neonato, pode-se perceber que é realizada de forma subjetiva. Os entrevistados revelaram que utilizam as alterações fisiológicas e comportamentais para avaliar a dor do neonato e também reconheceram que fatores ambientais são capazes de modificar sua resposta à dor. Dentre os indicadores comportamentais mais observados por estes profissionais, cita-se: choro, movimentos faciais, mudanças nos tônus musculares, movimentos dos membros e mudanças no estado corporal.

O choro é uma das alterações comportamentais mais evidentes em neonatos quando se deparam com estímulos dolorosos. O choro neonatal doloroso é caracterizado pela ausência de um padrão melódico, adquirindo um tom agudo de longa duração e uma longa fase expiratória. Mesmo que tais alterações sejam observadas, o choro não deve ser visto isoladamente, pois o choro pode levar a outras causas não necessariamente relacionadas à dor como fome e desconforto por exemplo (SPOSITO et al., 2017). Na figura 11 fica evidente os sinais de estresse e dor apresentados pelo RN.

As alterações de mímica facial têm sido uma das ferramentas mais utilizadas na avaliação de dor no neonato. Por conseguinte, o sulco nasolabial aprofundado, a fenda palpebral estreita (que significa olhos apertados), a fronte saliente, os lábios entreabertos, a boca estirada, o tremor de queixo e a língua tensa são características das expressões faciais neonatais que foram usadas para classificar a dor numa escala. A expressão facial revela uma intensidade de dor de forma precisa, confiável e sensível (BALDA, GUINSBURG; 2019).

Os movimentos corporais observados nos neonatos expostos a estímulos dolorosos são caracterizados por movimentos de extensão e flexão das extremidades, incluindo as extremidades superiores e inferiores, movimentos específicos das mãos e rigidez torácica associada a inquietação e irritabilidade por movimentos aleatórios de cabeça e corpo visíveis. Os neonatos apresentam um repertório organizado de movimentos após estimulação sensorial. A avaliação da dor é mais robusta quando além da atividade motora, também, são analisadas outras variáveis fisiológicas e comportamentais. Deve-se considerar, também, a variação individual na amplitude da resposta motora de cada recém-nascido (BALDA, GUINSBURG, 2019).

Para avaliar a dor em neonatos, os parâmetros fisiológicos de dor como frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio e temperatura axilar são os mais usados. Estas medidas são objetivas, mas não devem ser usadas isoladamente para determinar uma abordagem terapêutica para analgesia da dor porque não são específicas. Após um estímulo nocepitivo desagradável podem ocorrer mudanças semelhantes, mas essas mudanças não serem causadas pela dor, mas pelo estado clínico do paciente (COSTA et al., 2017).

Os métodos não farmacológicos permitem que a equipe de assistência implemente medidas de prevenção e controle da dor e monitore continuamente o neonato. Na prática diária, os profissionais se deparam com situações em que as sensações dolorosas não são diagnosticadas e, portanto, não aliviadas. No entanto, essa situação precisa mudar, pois os neonatos necessitam de assistência profissional qualificada, principalmente para melhorar a qualidade de vida do mesmo.

Entre as medidas não farmacológicas mais relatadas pelos enfermeiros, as mais utilizadas foram: sucção não nutritiva, soluções adocicadas, contenção facilitada ou enrolamento, diminuição de estímulos táteis ou estímulo tátil adequado, aleitamento materno, método canguru. Concluiu-se que havia preocupação por parte das equipes de enfermagem em tomar medidas para minimizar a dor nos neonatos internados.

A sucção não nutritiva é considerada uma medida coadjuvante para o tratamento da dor. Ela é realizada pela introdução do dedo enluvado na boca do neonato, estimulando-o durante a alimentação por sonda, a pausa alimentar ou os procedimentos dolorosos. A analgesia promovida pela sucção não nutritiva ocorre durante os movimentos ritmados de sucção. Ela pode propiciar calma e conforto nos neonatos; redução do choro; melhora da saturação de oxigênio, da função respiratória

e gastrointestinal, bem como a estabilização da frequência cardíaca, menor gasto energético e, conseqüentemente, promove descanso e analgesia. Tendo em vista que a instituição em estudo tem o título de Hospital Amigo da Criança não se recomenda a utilização de chupeta, pois entende-se que se poderá estimular o desmame precoce (JUNQUEIRA-MARINHO *et al*, 2023).

A sucção não nutritiva pode ser usada junto com soluções adocicadas (como sacarose e glicose) e com a contenção, potencializando uma ação analgésica. A sucção não nutritiva deve ser usada apenas como uma intervenção não farmacológica para manter o RN calmo, não indiscriminadamente ou por longos períodos, apesar de seus benefícios na transição para uma alimentação oral, na redução do tempo de internação e no manejo da dor (SOBEP, 2021). As soluções adocicadas têm eficácia comprovada cientificamente variando de acordo com sua concentração. Antes de procedimentos dolorosos, como punção venosa e arterial, lancetagem de calcâneo, injeção intramuscular e sondagem gástrica, é possível fornecer sacarose 24% ou glicose 25%. Seus efeitos podem ser potencializados se combinados a outras intervenções. Podem ser associadas à sucção não nutritiva e a contenção facilitada (ROBERTS, 2019).

Outra intervenção não farmacológica que promove alívio da dor e conforto ao neonato e é de fácil aplicabilidade é o enrolamento, *swaddling* ou contenção facilitada. Esta promove ao neonato a sensação de conforto e segurança, remetendo à lembrança o útero materno. A contenção e o enrolamento do RN, também, podem ser eficazes para manter a estabilidade fisiológica, mantendo a postura e o tônus muscular. Os lençóis ajudam a unir os membros ao tronco, com as extremidades em flexão e as mãos se aproximando da boca. A fim de minimizar os efeitos nocivos do ambiente ao neonato como excesso de luz, que impedem o ciclo dia/noite, excesso de ruídos e procedimentos, tais medidas devem ser associadas a garantia de um ambiente adaptado (SILVA *et al.*, 2022).

Durante a contenção objetiva-se limitar o espaço do neonato, permitindo a auto regulação, diminuindo seu estresse e o desconforto. Durante essa intervenção, o neonato deve ser mantido em posição supina ou prona, mantendo a face descoberta e mantendo a região do quadril confortavelmente enrolada, permitindo que o mesmo se movimente. Atenta-se para o fato de que esta medida não farmacológica é contraindicada para neonatos hipertérmicos ou maiores de 6 meses, o uso é indicado somente durante o procedimento doloroso (SOBEP, 2021). Uma das formas de promover conforto e alívio a dor aos neonatos é o toque facilitador. Durante todo o procedimento, ele mantém as extremidades do neonato fletidas e contidas perto do tronco, palmando as mãos sobre a cabeça e o tronco do RN (SILVA *et al.*, 2021).

O aleitamento materno tem inúmeros benefícios, os mais conhecidos são os nutricionais e afetivos estabelecidos entre mãe e neonato. Porém em situações de internação do mesmo, o aleitamento também pode ser utilizado como uma medida intervencionista para o alívio da dor, esta medida é altamente eficaz, seja pela forma convencional de administração ou associada a sucção não

nutritiva ou por sonda gástrica. A amamentação possibilita o RN sentir o cheiro materno, sentir o contato do colo, a sucção e o sabor do leite. Deve sempre que possível ser considerada a primeira opção de escolha durante procedimentos como coleta de sangue via capilar ou venosa e a injeção intramuscular. Indica-se seu início cinco minutos antes do procedimento, devendo ser mantida durante sua realização (BARROS, LUIZ, MATHIAS, 2019).

Os profissionais de saúde consideram a amamentação uma eficiente medida não farmacológica para o alívio da dor. Quando associada ao contato pele a pele sua ação é potencializada. Havendo ainda a possibilidade de ordenha leite materno para administração associada a sucção não nutritiva, assim, podendo ser ofertado durante os procedimentos dolorosos em que os neonatos ainda não possuam a coordenação entre a sucção/ deglutição/respiração (JUNQUEIRA-MARINHO *et al*, 2023).

De acordo com Junqueira-Marinho *et al* (2023) e Roberts (2019), o neonato clinicamente estável posicionado no colo da mãe, por meio do contato pele a pele, também conhecido como método canguru, além de aquecê-lo, auxilia no alívio da dor, facilita a amamentação e estabelece o vínculo afetivo e a inclusão familiar. O RN deve ser posicionado no colo em torno de 2 a 5 minutos antes do procedimento e após a estabilidade dos parâmetros fisiológicos, devendo ser mantido durante e depois do procedimento doloroso. Este método traz muitos benefícios aos neonatos: reduz a mortalidade, diminui o risco de sepse, hipotermia, hipoglicemia e de internações recorrentes, favorece o aleitamento materno exclusivo, menor média de escore de dor e melhores índices de saturação de oxigênio (ROBERTS, 2019).

No que diz respeito às medidas farmacológicas, apesar da resistência de alguns profissionais, houve a confirmação de uso em algumas situações. Apontando principalmente, a administração de analgésicos e sedativos, por meio da administração de doses contínuas e/ou intermitentes. Os analgésicos mais utilizados são o midazolam, fentanil, morfina, simeticona e o paracetamol (ARAÚJO *et al*, 2022). Para procedimentos que podem causar dor na UTIN deve-se usar analgesia. No entanto, mesmo em neonatos que experimentam procedimentos potencialmente dolorosos, a maioria dos profissionais raramente ou nunca usam analgésicos não opióides.

A avaliação da dor depende da interação entre profissional, criança e família e dos fatores subjetivos dos profissionais. Nesse sentido, há a necessidade de consenso quanto aos instrumentos a serem utilizados para avaliar a dor no neonato. São necessários protocolos e capacitação de toda a equipe que presta assistência, garantindo um cuidado pautado em conhecimento e atualizações com foco na qualidade do cuidar (SANTOS, 2020).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo objetivou conhecer como os enfermeiros percebem a dor em neonatos internados em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e que estratégias foram utilizadas para minimizá-la. Quanto ao conhecimento dos enfermeiros acerca da dor do neonato verificou-se que buscam conhecimento por meio de cursos de capacitação, leitura de artigos em periódicos e realização de pós-graduação. Avaliam a dor do neonato observando critérios como o choro, a expressão facial, a postura corporal, as feições, alterações na saturação de oxigênio e a frequência.

Afirmaram não terem recebido nenhuma capacitação e/ou treinamento de modo que tal diagnóstico se dá de forma assistemática e com base nas experiências individuais de cada profissional. Referiram a capacitação recebida como ultrapassada e ineficiente, considerando que não há reciclagem e funcionalidade no que tange a aplicabilidade do cuidado. Reconhecem a dor do RN, mas sentem-se impotentes frente ao sofrimento dos mesmos.

Possuem dúvidas quanto à sua habilidade técnica e conhecimento específico. Apesar de saberem que os RN sentem dor referiram que vários procedimentos são realizados sem analgesia. Atribuíram tal fato à criança não verbalizar a dor e a não prescrição médica de analgésicos. Apontaram sentimentos de despersonalização do profissional enfermeiro relacionados à falta de padronização e envolvimento da equipe multiprofissional na assistência integrada ao RN, fragmentando o cuidado.

Quanto às estratégias utilizadas pelos enfermeiros para o alívio da dor dos neonatos internados em UTIN verificou-se que investem em medidas não farmacológicas. Dentre elas citaram: diminuição das estimulações táteis, sucção não nutritiva, aleitamento materno precoce, contenção facilitada, método canguru e glicose oral antes e após estímulo doloroso. Utilizam, também, medidas farmacológicas, mas apontam a grande resistência dos profissionais médicos em prescrever essas medicações.

Demonstraram preocupação em realizar ações sobre o ambiente, citando a diminuição de ruídos e iluminação, lençóis bem esticados, cateteres bem posicionados, acomodação da criança no leito e imobilização durante procedimentos como fatores que interferem na qualidade de sono e conforto do RN. Referiram sentirem-se pouco capacitados, necessitando revisarem técnicas e procedimentos, estabelecerem protocolos específicos e implantarem uma escala de dor na unidade. Referiram a necessidade de uma capacitação da equipe de enfermagem para reconhecer os sinais de dor e reconhecerem o momento em que devem ser utilizadas medidas farmacológicas além de realizarem os registros nas evoluções de enfermagem e no prontuário da criança.

Os dados possibilitaram concluir que os enfermeiros possuem conhecimento sobre o neonato sentir dor independente da prematuridade, as mudanças fisiológicas e comportamentais apresentadas

frente aos processos dolorosos, as condições ambientais como interferentes na resposta à dor no neonato, as medidas farmacológicas e não farmacológicas para o manejo da dor.

Os dados apontaram a existência de mitos antigos que apontavam que neonatos não sentem dor devido a sua imaturidade neurológica, a carência de estudos relacionados à dor nesta faixa etária, a ideia de tolerância à dor e ao receio excessivo de dependência física e psicológica ou da depressão respiratória frente as terapias medicamentosas.

O enfermeiro, assim como equipe de enfermagem, desempenha funções cruciais no processo de detecção, avaliação e tratamento da dor. No entanto, eles enfrentam desafios para avaliar e medir a dor, o que indica que eles precisam ser capacitados regularmente sobre o assunto, a fim de melhorar sua habilidade em detectar e minimizar a dor do RN. É necessário criar protocolos para o cuidado com os neonatos, estabelecer uma escala de dor e incentivar programas de educação permanente baseados na interdisciplinaridade.

A equipe de enfermagem deve aprender sobre o uso de métodos tanto farmacológicos quanto não farmacológicos para aliviar a dor, os efeitos dos analgésicos para crianças e o acesso a tecnologias e intervenções específicas para o alívio da dor, responsabilizando-se pela avaliação e pelo tratamento no contexto da UTIN. Ainda existem lacunas a serem preenchidas acerca do manejo da dor e do estresse na UTIN. Tendo em vista que os efeitos da dor são extremamente nocivos para o desenvolvimento do neonato novas pesquisas devem ser realizadas, visando sempre mostrar as evidências científicas que sustentam as melhores práticas, garantindo um desenvolvimento e crescimento adequados a estes neonatos.

REFERÊNCIAS

- ALLEGAERT, K.; ANKER, J. N. V. D. Neonatal pain management: still in search for the Holy Grail. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, v. 54, n. 7, p. 514-523, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5414/CP202561>. Acesso 10 jun 2022.
- ALMEIDA, V. C. et al. A singularidade da dor de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, São Paulo, v.26 n.1, p. 75-83, Jan.-Jun., 2018. Disponível em [doi:https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v26n1p75-83](https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v26n1p75-83).. Acesso em: 25 jun. 2021.
- APAYDIN CIRIK, V.; EFE, E. The effect of expressed breast milk, swaddling and facilitated tucking methods in reducing the pain caused by orogastric tube insertion in preterm infants: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies. Journal of Pediatric Nursing* v. 104, p. 103532, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103532>. Acesso em: 23 jan. 2023.
- ARAÚJO, B. S. et al. Assessment and management of pain in the neonatal unit. *Revista Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 531-537, 2021. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9287>. Acesso em: 23 jan. 2023.
- ASHMAWI, H.; FREIRE, G. M. G. Sensibilização periférica e central. *Revista Dor*, São Paulo, v. 17, p. 31-34, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160044>. Acesso em: 22 jun. 2021.
- BALDA, R. C. X.; GUINSBURG, R. Avaliação e tratamento da dor no período neonatal. *Residência Pediátrica*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 43-52, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25060/residpediatr-2019.v9n1-13>. Acesso em 23 jan. 2023.
- BARBOZA, N. A. S.; RÊGO, T. . D. de M.; BARROS, T. de M. R. R. P. A história do SUS no Brasil e a política de saúde / SUS history in Brazil and health policy. *Brazilian Journal of Development*, [S. l.], v. 6, n. 11, p. 84966–84985, 2020. Disponível em: [doi:https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-057](https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-057) . Acesso em 27 jun. 2021.
- BARROS, M. M. A.; LUIZ, B. V. S.; MATHIAS, C. V. Pain as the fifth vital sign: nurse's practices and challenges in a neonatal intensive unit care. *Brazilian Journal of Pain*, v. 2, n. 1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190041>. Acesso em: 23 jan. 2023.
- BATISTA, C. D. M. et al. Diagnósticos e cuidados de enfermagem ao recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, Belém, n. 35, p. e1593, 1 nov. 2019. Disponível em: [doi:https://doi.org/10.25248/reas.e1593.2019](https://doi.org/10.25248/reas.e1593.2019) . Acesso em: 19 ago. 2021.
- BECKETT K, Henderson EM, Parry S, Stoddart P, Fletcher M. A mixed-method study of pain management practice in a UK children's hospital: identification of barriers and developing strategies to maintain effective in-patient paediatric pain management. *Nurs Open*. 2015 Oct 1;3(1):19-29. doi: 10.1002/nop2.33. PMID: 27708812; PMCID: PMC5047329. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27708812/>. Acesso em: 10 jun. 2022.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59. Disponível em : <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso 10 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília, 2014, 2. ed., v. 2 p.194. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf. Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: método canguru. 3º ed., p. 238-308 Brasília: MS, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3_ed.pdf. Acesso em: 28 jan. 2023.

BRASIL. Sociedade Brasileira para Estudo da Dor. O que é dor? Capítulo Brasileiro da International Association for the Study of Pain - IASP [internet]. Brasil, 2017. Disponível em: <https://sbed.org.br/2022/03/14/o-tratamento-da-dor-cronica-e-ainda-inadequado/>. Acesso 12 jan. 2022.

CARNEIRO, T. L. D. P. et al. Avaliação da dor em neonatos prematuros internados na unidade de terapia intensiva neonatal após fisioterapia respiratória. J Health Sci Inst., São Paulo- SP v. 34, n. 4, p. 219-23, 2016. Disponível em: https://repositorio.unip.br/wpcontent/uploads/2020/12/V34_n4_2016_p219a223.pdf. Acesso em: 30 jun. 2021.

CARVALHO SS, Soares JA, Pinheiro JA, Queiroz MS. Percepção da equipe de enfermagem acerca da avaliação da dor em recém-nascidos prematuros. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2021. V.10, n.2, e202117. doi: <https://doi.org/10.18554/reas.v10i2.4281>. Disponível em file:///C:/Users/FABIO/Downloads/norma,+%234281+e202117+pt.pdf. Acesso 28 jan. 2023.

CHRISTOFFEL, M. M. et al. Atitudes dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor neonatal. Esc. Anna Nery, São Paulo, v. 21, n. 1, 2017. doi: <https://doi.org/10.5935/14148145.20170018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/JFQ4N4gDZNN44q3kFD8dfjv/>. Acesso em: 15 jun. 2022.

CÓDIGO DE ÉTICA dos profissionais de enfermagem. Resolução Cofen 311/2007. Brasília.2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no5642017_59145.html. Acesso em: 26 jan. 2023.

CONG, X. et al. The impact of cumulative pain/stress on neurobehavioral development of preterm infants in the NICU. Early Human Development, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2017.03.003>. Acesso em: 22 out. 2021.

CORDEIRO, R. A.; COSTA, R. Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem. Texto contexto – em ferm, Florianópolis/SC v. 23, n. 1, p. 185-192, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/RCDCxNSMrMxNGcx5vJGn4BC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2022.

COSTA, R.; CORDEIRO, R. A. Desconforto e dor em recém-nascido: reflexões da enfermagem neonatal. Revista Enfermagem Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 11298, 2016. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11298>. Acesso em: 4 maio 2022.

COSTA, T. et al. Nurses' knowledge and practices regarding pain management in newborns. *Rev Esc Enferm, São Paulo*, v. 51, 2017, e 03210. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016034403210>. Acesso em: 23 jan. 2023.

COSTENARIO, R. G. S.; CORRÊIA, D. A. M.; ICHISATO, S. M. T. Cuidados de enfermagem em neonatologia. Porto Alegre/ RS, 2017.1ª ed. P 109-119. Disponível em: <file:///C:/Users/marivone.garcia/Downloads/17870-Article-246607-1-10-20210916-1.pdf>. Acesso 7 maio 2022.

CRUZ, C. T. et al. Avaliação da dor de neonatos durante procedimentos invasivos em terapia intensiva, *Rev Dor. São Paulo*, 2017, n. 3, p. 197-200. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160070>. Acesso 7 maio 2022.

CRUZ MD, Fernandes AM, Oliveira CR. Epidemiology of painful procedures performed in neonates: A systematic review of observational studies. *Eur J Pain. Federação Europeia da Dor*, 2016 Apr;20(4):489-98. doi: 10.1002/ejp.757. Epub 2015 Jul 29. PMID: 26223408. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26223408>. Acesso em: 7 maio 2022.

ELIAS, L. S. D. et al. Avaliação da dor na unidade neonatal sob a perspectiva da equipe de enfermagem em um hospital no Noroeste Paulista. *Cuid. Enferm.*, v. 10, n. 2, p. 156-161, 2016. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2016v2/156-161.pdf>. Acesso 12 jun. 2022.

ELSERAFY, F. A. et al. Oral sucrose and a pacifier for pain relief during simple procedures in preterm infants: a randomized controlled trial. *Ann Saudi Med*, v. 29, n. 3, p. 184-188, 2009doi: 10.4103/0256-4947.52821. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2813645/#ref-list-1title>. Acesso em: 13 mar. 2022.

ERIKSSON, M.; CAMPBELL-YEO, M. Assessment of pain in newborn infants. *Semin Fetal Neonatal Med*, v. 24, n. 4, p. 101, 2019. doi: 10.1016/j.siny.2019.04.003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30987943/>. Acesso em: 4 abril 2022.

FRIEDRICHSDORF, Stefan J.a,b,c,; Goubert, Liesbetd. Pediatric pain treatment and prevention for hospitalized children. *PAIN Reports*, v. 5, n.1, p e804, January/February 2020. | DOI: 10.1097/PR9.0000000000000804. Disponível em: https://journals.lww.com/painrpts/Fulltext/2020/02000/Pediatric_pain_treatment_and_prevention_for.9.aspx. Acesso em: 23 maio 2022.

GRIFFITHS N, Spence K, Loughran-Fowlds A, Westrup B. Individualised developmental care for babies and parents in the NICU: Evidence-based best practice guideline recommendations. *Early Hum Dev*. 2019 Dec;139:104840. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2019.104840. Epub 2019 Aug 21. PMID: 31445697. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31445697/>. Acesso em: 23 jan. 2023.

HALL RW, Anand KJ. Pain management in newborns. *Clin Perinatol*. 2014 Dec;41(4):895924. doi: 10.1016/j.clp.2014.08.010. Epub 2014 Oct 7. PMID: 25459780; PMCID: PMC4254489. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4254489/>. Acesso em: 08 abril 2023.

HARRISON D, Reszel J, Bueno M, Sampson M, Shah VS, Taddio A, Larocque C, Turner L. Breastfeeding for procedural pain in infants beyond the neonatal period. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 10. Art. No.: CD011248. DOI: 10.1002/14651858.CD011248.pub2. Disponível em: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011248.pub2/full/es#CD01_1248-abs-0018. Acesso em: 12 maio 2022.

HATFIELD, L. A. et al. A Systematic Review of Behavioral and Environmental Interventions for Procedural Pain Management in Preterm Infants. *Journal of pediatric nursing*, vol. 44, p. 22-30, 2019. doi: 10.1016/j.pedn.2018.10.004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30683278/>. Acesso em: 12 maio 2022.

HERR, K. et al. Pain assessment in the patient unable to self-report: Clinical practice recommendations in support of the 2019. doi: 10.1016/j.pmn.2019.07.005. Disponível em: [https://www.painmanagementnursing.org/article/S1524-9042\(19\)30162-6/fulltext](https://www.painmanagementnursing.org/article/S1524-9042(19)30162-6/fulltext). Acesso em: 08 abril 2023.

JOHNSTON, C. et al. Pain in Canadian NICUs: have we improved over the past 12 years? *The Clinical journal of pain*, v. 27, n. 3, p. 225-32, 2011. doi: 10.1097/AJP.0b013e3181fe14cf. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21178602/>. Acesso em: 08 abril 2023.

LAURINO, C. As medidas de avaliação da dor. São Paulo, 2021. Instituto de Saúde prevenção Ortopedia e Reabilitação Treinamento. Disponível em: <https://www.institutosport.com.br/asmedidas-de-avaliacao-da-dor/>. Acesso em: 30 jun. 2022.

LIAW, J. J. et. al. Nonnutritive sucking and oral sucrose relieve neonatal pain during intramuscular injection of hepatitis vaccine. *J Pain Symptom Manage*, v. 42, n. 6, p. 918-30, 2011. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.02.016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21620644/>. Acesso em: 04 mar. 2023.

LIU, Y. et al. Effects of combined oral sucrose and nonnutritive sucking (NNS) on procedural pain of NICU newborns, 2001 to 2016: A prisma-compliant systematic review and metaanalysis. *Medicine*, v. 96, n. 6, 2017. doi: 10.1097/MD.00000000000006108. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5313029/>. Acesso em: 15 ago. 2022.

LORENA, S. B. et al. Avaliação da dor e qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. *Revista Dor*, São Paulo, 2016 jan-mar, v.17, n.1, p.8-11. doi: 10.5935/18060013.20160003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/SnVrmvHF7jZKqDXZfgnWZGk/?lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2022.

MACEDO, J. S.; MULLER, A. B. Dor e medidas não-farmacológicas em prematuros hospitalizados. *Revista Saúde*, Guarulhos- SP, v. 15, n. 1-2, 2021. doi: 10.33947/1982-3282v15n1-2-4582. Disponível em: <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/4582>. Acesso em: 20 abr. 2022.

MACIEL, H. I. A. et al. Medidas farmacológicas e não farmacológicas de controle e tratamento da dor em recém-nascidos. *Rev. bras. ter. intensiva*, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 21-26, 2019.

Disponível em: https://oasisbr.ibict.br/vufind/Record/AMIB-1_ec36b1e919f5587cea72b9de4cc6fc8f. Acesso em: 20 mar. 2022.

MARINHO, M. de F. J. et al. Diretriz para Prevenção e Manejo da Dor Aguda por Procedimentos Dolorosos no Período Neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, 2023. Disponível em:

https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2023/03/Diretriz_manejo_da_dor.pdf. Acesso em: 8 abr. 2023.

MARCONDES, C. et al. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre a dor no recém-nascido prematuro. *Revista de Enfermagem UFPE*, v. 11, n. 9, p. 33, 2017. doi: 10.5205/1981-8963v11i9a110233p3354-3359-2017. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110233/22160>. Acesso em: 8 maio 2022.

MCNAIR, C., Campbell-Yeo, M., Johnston, C., & Taddio, A. 2019. Nonpharmacologic Management of Pain During Common Needle Puncture Procedures in Infants: Current Research Evidence and Practical Considerations: An Update. *Clinics in perinatology*, v.46, n.4, p.709–730. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2019.08.006>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31653304/>. Acesso em: 5 jan. 2023.

MEIER AC, Siqueira FD, Pretto CR, Colet CF, Gomes JS, Stumm EMF, et al. Análise da intensidade, aspectos sensoriais e afetivos da dor de pacientes em pós- -operatório imediato. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017, v.38, n.2, p.e62010. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.62010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/zmHgXYBPNHVxdRHBwszBDTM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2023.

MEIRELES, G. A. et al. Percepções da Dor nas Pacientes com Câncer de Mama. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, Research, Society and Development*, v. 10, n. 7, e58910716938, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16938> v. 10, n. 7, p. 01-06, 23. Disponível em : <https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/10536/1/Percep%c3%a7%c3%b5es%20da%20dor%20nas%20pacientes%20com%20c%c3%a2ncer%20de%20mama.pdf>. Acesso 10 nov. 2022.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em enfermagem. 12. ed. São Paulo, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília, 2011. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. ISBN 978-85-334-1982-7. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf. Acesso em: 15 jun. 2022.

MOONEY-LEBER SM, Brummelte S. Neonatal pain and reduced maternal care: Early-life stressors interacting to impact brain and behavioral development. *Neuroscience*, Epub 2016, v. 7, n. 342, p. 21-36, 2017. doi: 10.1016/j.neuroscience.2016.05.001. May 7. PMID: 27167085. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7238892/>. Acesso em: 10 jun. 2022.

MONTEIRO, L. M.; GEREMIAS, F. R.; MARTINI, C.; VARGAS MAKUCH, D. M.; TONIN, L. Benefícios do Toque Mínimo no Prematuro Extremo: Protocolo Baseado em Evidências: Benefits of the minimum touch in the extreme premature: evidence-based recommendations. *Revista Enfermagem Atual In Derme, [S. l.]*, v. 89, n. 27, 2019. DOI: 10.31011/reaid-2019-v.89-n.27-art.258. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/258>. Acesso em: 22 maio. 2023.

MORGANHEIRA, D, S. F. Controle da dor em procedimento com agulha no primeiro ano de vida: intervenções não farmacológicas. Dissertação (Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica) – Universidade de Évora, Évora, 2018. 343 f. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/159372828.pdf>. Acesso 10 jun.2022.

MORÉ, C.L.O.O. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde: dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. Florianópolis-SC, [online], Atas CIAIQ2015, v.3, p.126-131, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/211594/PPSI0845-D.pdf?sequence>. Acesso 20 ago. 2022.

MOTTA, G.C.P.; CUNHA, M.L.C. Prevenção e manejo não farmacológicos da dor no recém-nascido. Rev Bras Enferm, v.68, n.1, p.123-7, 2015. Doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680118p>. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/reben/a/RnBcVwc9DJkRN73tW3k4TNr/>. Acesso 10 jun.2022.

MOURA, D.M.; SOUZA, T.P. Conhecimento da equipe de enfermagem de unidade de terapia intensiva neonatal sobre a dor do recém-nascido. BrJP. São Paulo, 2021 jul-set, v.4,n.3,p.204-9. doi 10.5935/2595-0118.20210027. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/D6vBFMjnF9mFd35LPVznDHZ/?lang=pt&format=pd>. Acesso 15 jun. 2022.

NASCIMENTO, L. A. do et al. Pain management: evaluation of practices adopted by health professionals of a secondary public hospital. Revista Dor. São Paulo, 2016 apr-jun; v. 17, n. 2, p. 76-80, 2016.doi 10.5935/1806-0013.20160019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/vzJ3r8ppP7Yrw89GBDcH9yJ/?format=pdf&lang=en>. Acesso 20 jun. 2022.

OLIVEIRA, A. L. C. B. et al. Características maternas e dos recém-nascidos admitidos em uma unidade de terapia intensiva. Revista Enfermagem Atual In DERME, [S. l.], v. 93, n. 31, p. e020022, 2020. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.93-n.31-art.703>. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/703>. Acesso em: 12 jan. 2023.

OLIVEIRA JUNIOR, J.O. de. Et al. Definição de dor revisada após quatro décadas. Jornal Brasileiro de Dor, BrJP. São Paulo, 2020. v. 3, n. 3, p. 197-198. doi 10.5935/25950118.20200191. Disponível em: <https://brjp.org.br/article/10.5935/2595-0118.20200191/pdf/brjp-3-3-197-trans1.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.

OLIVEIRA R.N. et al. Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. Escola. Anna Nery, Bezerra- SC, 2016. v. 15, p. 277-283.doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000200009>.Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Ty9PTzqNXXfSpHw6FDgfMCG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso 20 jun. 2022.

PENG, H. F. et al. Non-nutritivesucking, oral breastmilk, andfacilitatedtuckingrelievepreterminfantpainduringheel-stick procedures: A prospective, randomizedcontrolledtrial. Int J Nurs Stud, 2018; 77:162–70.doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.10.001. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748917302274>. Acesso em: 15 ago. 2022.

PEREIRA DA SILVA MARQUES, V. G.; JÚNIOR, C. P. de S.; SILVA, E. R. da .; LIMA, M. W. H.; SILVA, R. C. F. da .; SOUSA, E. O. de .; SILVA, J. F. T.; FERREIRA, T. T. P. .; OLIVEIRA, E. C. A. de .; SANTOS, M. P.; RESENDE, C. A. A. . MEDIDAS UTILIZADAS PARA O ALÍVIO DA DOR EM RECÉM-NASCIDOS. RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218, [S. l.], v. 2, n. 7, p. e27528, 2021. DOI: 10.47820/recima21.v2i7.528. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/528> . Acesso em: 22 maio. 2023.

PERISSINOTTI, D.M.N.; PORTNOI, A. G. Aspectos psicocomportamentais e psicossociais de pacientes com dor neuropática. Revista Dor. São Paulo v. 17, p. 79-84, 2016. doi: 10.5935/1806-0013.20160055. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/zNCyztDjxgLcQPCSkJyddn/?lang=pt>. Acesso 10 maio 2022.

- PILLAI RIDDELL RR, Racine NM, Gennis HG, Turcotte K, Uman LS, Horton RE, Ahola Kohut S, Hillgrove Stuart J, Stevens B, Lisi DM. Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 12. Art. No.: CD006275. doi: 10.1002/14651858.CD006275.pub3. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006275.pub3/full/pt#CD006275-abs-0002>. Acesso 10 maio 2022.
- PIRES, L.; CARVALHO, L.; XAVIER L. L. COVID-19 e desigualdade: a distribuição dos fatores de risco no Brasil. Experiment Findings, 2020.v. 21, n. 10.13140. doi: 10.13140/RG.2.2.27014.73282. Disponível em: <https://ondasbrasil.org/wpcontent/uploads/2020/04/COVID-19-e-desigualdade-a-distribui%C3%A7%C3%A3o-dos-fatores-de-risco-no-Brasil.pdf>. Acesso 12 jan. 2023.
- ROBERTS, J. Non-Nutritive Sucking Neonatal Clinical Guideline: V2.0. Truro: Royal Cornwall Hospitals, 2019. Disponível em: <https://doclibraryrcht.cornwall.nhs.uk/DocumentsLibrary/RoyalCornwallHospitalsTrust/Clinical/Neonatal/NonNutritiveSuckingNeonatalClinicalGuideline.pdf>. Acesso 23 jan. 2022.
- SABATINE, L.D.T.E et al. Avaliação da Dor na Unidade Neonatal sob a Perspectiva da Equipe de Enfermagem em um Hospital no Nordeste Paulista. Cuid Arte, Enferm, v. 10, n. 2, p. 156161, 2016. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2016v2/156161.pdf>. Acesso 15 julho 2022.
- SANTANA, J. M. et al. Revised definition of pain after four decades. BrJP, São Paulo, 2020. v. 3, n. 3, p. 197-19. doi: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200191>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/GXc3ZBDRc78PGktrfs3jgFR/?lang=pt>. Acesso em: 15 julho 2022.
- SANTOS, K. F. M. et al. A enfermagem no manejo da dor em recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal. Research, Society and Development, 2021. v. 10, n. 7, p. 79. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16428>. Disponível em: [file:///C:/Users/FABIO/Downloads/16428-Article-208186-1-10-20210614%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/FABIO/Downloads/16428-Article-208186-1-10-20210614%20(5).pdf). Acesso em: 15 agosto 2022.
- SANTOS, R. C. dos, Alves, A. P. B., Milhomem, A. B., da Silva, F. L. B., & Amaral, M. S. (2020). Assistência de enfermagem à recém-nascidos com dor em unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão integrativa / Nursing assistance to newborn with pain in intensive care units neonatal: an integrative review. *Brazilian Journal of Development*, v.6,n.12, p. 99108– 99116. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n12-414>. Acesso 10 jun. 2022.
- SHAH, S. R.; KADAGE, S.; SINN, J. Trial of Music, Sucrose, and Combination Therapy for Pain Relief during Heel Prick Procedures in Neonates. J Pediatr, v. 190, p. 153-8, e2, 2017. Doi: 10.1016/j.jpeds.2017.08.003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29144240/>. Acesso 15 agosto 2022.
- SHAH, V. et al. Pharmacological and Combined Interventions to Reduce Vaccine Injection Pain in Children and Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. Clin J Pain, 2015. v. 31, n. 10, p. 38-63. doi: 10.1097/AJP.0000000000000281. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26201016/>. Acesso 15 agosto 2022.
- SILVA IA, R da Silveira Cruz-Machado S, Bueno M. Painful procedures and pain management in newborns admitted to an intensive care unit. Rev Esc Enferm USP. 2021, V.55: e20210232. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0232> Disponível em: Acesso 30 jun. 2021

SILVA, LM; SILVA, ASD; ANDRADE, ÉRIKA WOF; AZEVEDO, APD; COSTA, FWSD; AZEVEDO, MKPD Avaliação Da Dor Do Recém-Nascido Realizada Pela Equipe De Enfermagem. Revista Uningá, [S. l.], v. 33, n. 1, pág. 1–11, 2018. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uningareviews/article/view/2205>. Acesso em: 22 mai. 2023.. Acesso 30 jun. 2021

SILVA, G. A. et al. Estudo de Caso Intrínseco de um Reém-Nascido Preaturo: Procedimentos Dolorosos. Rev Enferm Atual In Derme, 2022. v. 96, n. 38. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/read.2022-v.96-n.38-art>. Acesso em: 20 junho 2022.

SILVA, S. F. et al. Intervenções não farmacológicas no controle da dor em recém-nascidos prétermo: conhecimento da equipe de enfermagem. Revista Nursing, 2021, v. 24, n. 278, p. 58925896. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i278p5892-5901>. Acesso 23 jan. 2023.

SOARES, Ana Carla de Oliveira et al. DOR EM UNIDADE NEONATAL: CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. Cogitare Enfermagem, [S.l.], v. 21, n. 2, jun. 2016. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/42897>>. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i2.42897>. Acesso 22 maio 2023.

SOBEP. Cuidado integral ao recém-nascido pré-termo e à família. Organização Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras. Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras, Câmara Brasileira do Livro, SP, 2021.v8. p. 137-152 Disponível em: <https://journal.sobep.org.br/wpcontent/uploads/2021/10/Livro-cuidado-SOBEP-2.x19092.pdf>. Acesso 26 jul. 2022.

SOUZA, A. B. G. Manual prático de enfermagem neonatal. 1ª ed. São Paulo, 2017. Capítuo 5, p. 85-95. Doi: <https://doi.org/10.29327/540018>. Disponível em: <https://editorapasteur.com.br/wp-content/uploads/2022/01/FUNDAMENTOS-E-PRATICASPEDIATRICAS-E-NEONATAIS-ed-2-V01.pdf>. Acesso 20 jun. 2022.

SOUSA, D. S. et al. Morbidade em recém-nascidos prematuros de extremo baixo peso imunidade de terapia intensiva neonatal. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant, v. 17, n. 1, p. 149-157, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/KTxDYgpKTHmPCFpggQ5Smnj/?lang=pt>. Acesso em: 26 julho 2022.

SPOSITO, N. P. B. et al. Avaliação e manejo da dor em recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: estudo transversal. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 20147. v. 25, p. 2931. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/s57hQqJvZBwqYhMNMJJMhL/?lang=pt>. Acesso em: 26 julho 2022.

SPOSITO, N. P. B. Prevalência e manejo da dor em recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal: estudo longitudinal. 155 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-12052017-160217/pt-br.php>. Acesso em: 15 agosto 2022.

SQUILLARO, A. et al. Gerenciando a dor processual no recém-nascido usando uma abordagem poupadora de opióides. ClinTher. v. 41, n. 9, p. 01-13, 2019. doi: 10.1016/j.clinthera.2019.07.014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31431300/>. Acesso em: 15 agosto 2022.

STEVENS, B. et al. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016. doi: 10.1002/14651858.CD001069.pub5. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001069.pub5/full>. Acesso em: 10 julho 2022.

STEVENS, B. et al. The minimally effective dose of sucrose for procedural pain relief in neonates: a randomized controlled trial. BMC Pediatrics. 2018, v. 23, n. 18, p. 85. doi: 10.1186/s12887-018-1026-x. Disponível em: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-018-1026-x>. Acesso em: 10 maio 2022.

TAMEZ, R. Enfermagem na UTI Neonatal. 5ª ed. Rio de Janeiro 2017. Guanabara Koogan.

UEMA, R. T. B. et al. Manejo da dor do recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva neonatal. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, 2021. v. 4, n. 2, p. 4785-4797. doi: 10.34119/bjhrv4n2-063. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/25931>. Acesso em: 10 maio 2022.

WATTERBERG, K. L. et al. Prevention and management of procedural pain in the neonate: an update. Pediatrics, 2016. v. 137, n. 2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26810788/>. Acesso em: 10 maio 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preterm birth [Internet]. Geneva: WHO updated Feb 2018. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>. Acesso em: 10 maio 2022.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Meu nome é Ana Paula Matta dos Santos Costa, aluna do curso de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, e estou realizando esta pesquisa intitulada “DOR EM NEONATOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: CONHECIMENTO E PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS (OS)”, sob orientação da professora Dra. Giovana Calcagno Gomes.

Após realizar o processo de consentimento, gostaria de convidar você para participar do estudo, por meio de uma entrevista que terá a duração de cerca de uma hora. Os dados coletados serão usados somente nesta pesquisa, que possui como objetivo geral conhecer como enfermeiros percebem a dor em neonatos internados em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e que estratégias utilizam para minimizá-la. Os riscos dessa pesquisa são mínimos, como causar desconforto emocional. Frente a estes riscos o pesquisador se compromete em garantir para você a assistência integral, imediata e gratuita. Terá direito à indenização nos termos da Lei caso apresente algum dano decorrente da pesquisa.

Sua participação é livre de despesas pessoais e compensação financeira, se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Você tem o direito de se manter informado sobre os resultados parciais e finais, os quais serão publicados em eventos e periódico científicos, mantendo-se o anonimato de sua identidade, confidencialidade, privacidade e sigilo. É garantida a liberdade de retirada do consentimento em qualquer etapa da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Se for o caso, entre em contato comigo (Ana Paula Matta e-mail: anapaulamattasantos@hotmail.com; telefone 53999344916) ou com a Pesquisadora responsável (Giovana Gomes email:giovanacalcagno@furg.br,telefone:(32331144) ou ainda com o CEP-FURG (endereço: segundo andar do prédio das pró-reitorias, carreiros, avenida Itália, Km 8, bairro Carreiros, Rio Grande-RS, e-mail: cep@furg.br, telefone: 32373013).O CEP/FURG é um comitê responsável pela análise e aprovação ética de todas as pesquisas desenvolvidas com seres humanos, assegurando o respeito pela identidade,integridade,dignidade, pratica da solidariedade e justiça social. Você receberá uma via deste termo e a outra ficará com a pesquisadora. Você aceita participar? Aceito participar desta pesquisa.

Nome/ Assinatura do (a) participante. Data----/-----/-----

Ana Paula Matta dos Santos Costa / Assinatura do(a) pesquisador responsável.

Data----/-----/-----

- Caso apresente dificuldade visual este termo será lido para o participante.
- Este termo será assinado em duas vias, uma ficará com o participante e outra com as pesquisadoras.

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADO

Identificação do enfermeiro entrevistado

Idade:

Sexo:

Tempo de atuação na UTIN: Formação:

Questionário

- 1) Quais os seus conhecimentos sobre dor do neonato internado na UTIN?
- 2) Quais aspectos você leva em consideração em relação a dor do neonato internado na UTIN?
- 3) Que importância você vê na prevenção e minimização da dor do neonato internado no setor?
- 4) Que estratégias você utilizada para garantir conforto e minimizar a dor do neonato?
- 5) É comum a utilização de medidas farmacológicas em neonato internados na UTIN?
- 6) Que cuidados não farmacológicos você utiliza para minimizar a dor do neonato?
- 7) Como você avalia as condutas das equipes sobre a dor em um neonato?
- 8) As equipes têm treinamentos ou capacitações para realizar a avaliação da dor em neonato?
- 9) Você como enfermeiro adotaria quais medidas para minimizar a dor em neonato internados na UTIN?



APÊNDICE C

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE ESCOLA DE ENFERMAGEM

COMITÊ DE PESQUISA – COMPESQ

eenf.compesq@furg.br

AUTORIZAÇÃO DE PROTOCOLO DE PESQUISA

Declaro a fins de comprovação que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa- CEP- FURG, tomei conhecimento do projeto de pesquisa “Dor em recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: conhecimento e práticas dos enfermeiros” do qual a profª Drª Giovana Calcagno Gomes é pesquisadora responsável.

Declaro, também, que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto e autorizo a sua execução nos termos propostos.

Rio Grande, 26 de julho de 2022.

Atenciosamente,

Profª Drª Bárbara Tarouco da Silva Docente da
Escola de Enfermagem - FURG COMITÊ DE
PESQUISA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JR. DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE

Rua Visconde de Paranaguá, nº 102 - Bairro Centro
Rio Grande-RS, CEP 96200-190
- <http://hu-furg.ebserh.gov.br>

Carta - SEI nº 44/2022/SGPITS/GEP/HU-FURG-EBSERH

Rio Grande, 22/07/2022.

APÊNDICE D

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JR. DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Informo para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, estar ciente do projeto de pesquisa: **“DOR EM RECÉM-NASCIDOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVANEONATAL: CONHECIMENTO E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS”**, sob a responsabilidade do Pesquisador Principal **GIOVANA CALCAGNO GOMES**.

Declaro ainda conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e demais legislações complementares.

No caso do não cumprimento, por parte do pesquisador, das determinações éticas e legais, a Gerência de Ensino e Pesquisa tem a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Considerando que esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos mediante a plena aprovação do CEP competente.

(assinada eletronicamente)

Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica em Saúde

Documento assinado eletronicamente por **Luis Fernando Guerreiro, Chefe de Setor**, em 22/07/2022, às 16:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **23029283** e o código CRC **912109D2**.

Referência: Processo nº 23764.006702/2022-84

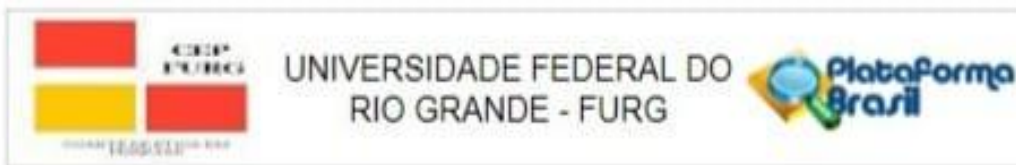
SEI nº 23029283

Documento assinado eletronicamente por Luis Fernando Guerreiro, Chefe de Setor, em 22/07/2022, às 16:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 23029283 e o código CRC 912109D2.

Referência: Processo nº 23764.006702/2022-84 SEI nº 23029283

APENCIDE E



Continuação do Parecer: 5.577.363

Serão respeitados os princípios éticos da pesquisa, conforme a resolução 510/2016. Acredita-se que o conhecimento produzido neste estudo poderá contribuir para que os profissionais de enfermagem elaborem estratégias efetivas de auxílio no processo de manejo da dor em recém nascidos como instrumento no processo de cuidar.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer as práticas dos enfermeiros e seus conhecimentos a respeito da dor em neonatos internados em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal.

Objetivo Secundário:

- Identificar o conhecimento dos enfermeiros a dor do RN internado na UTIN;
- Identificar como os enfermeiros avaliam a dor do RN internado na UTIN;
- Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para garantir conforto e minimizar a dor do RN;
- Identificar os cuidados farmacológicos utilizados pelos enfermeiros para minimizar a dor do RN;
- Identificar os cuidados não farmacológicos utilizados pelos enfermeiros para minimizar a dor do RN.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

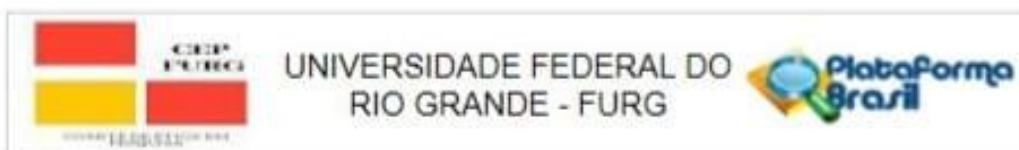
Riscos: Os riscos da pesquisa são mínimos, com destaque apenas para o desconforto emocional. Frente a estes riscos, o pesquisador se compromete em garantir assistência integral, imediata e gratuita. Será disponibilizado o número de telefone e e-mail da pesquisadora no TCLE para que o participante tenha a iniciativa de entrar em contato caso sinta algum dos riscos descritos.

Benefícios: O estudo possibilitará aos participantes do estudo refletirem acerca da importância de uma avaliação da dor em RN na UTIN, possibilitando uma melhor compreensão da sua experiência. Além disso, espera-se que o conhecimento produzido, neste estudo, subsidie a enfermagem a prestar um cuidado de melhor qualidade aos RN internados no setor, contribuindo para uma melhora na prática da equipe de enfermagem ao incluírem intervenções que minimizem a dor do RN internado no setor.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo nacional, unicêntrico. Caráter acadêmico, realizado para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande.

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRO-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Carreiros **CEP:** 96.203-000
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (51)3237-3013 **E-mail:** cep@furg.br



Continuação do Parecer: 5.577.383

Número de participantes previsto:16

Data de início:01/09/2022

Data de fim:31/12/2022

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram encontrados óbices éticos nos documentos apresentados, conforme Resolução CNS 510/2016.

Considerações Finais a critério do CEP:

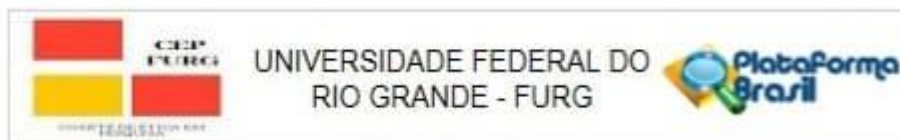
Resalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Resolução CNS 466/12 item XI.2.d. e Resolução CNS 510/16 Art. 28.V.

O modelo encontra-se disponível no site do CEP-FURG (<https://propesp.furg.br/pt/comites/cep-furg>) e o seu prazo é de 40 dias após a data final do cronograma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1986577.pdf	28/07/2022 19:30:09		Aceito
Outros	COMPESQ.pdf	28/07/2022 19:29:41	Giovana Calcagno Gomes	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	28/07/2022 19:28:38	Giovana Calcagno Gomes	Aceito
Outros	GEPU.docx	22/07/2022 17:42:09	Giovana Calcagno Gomes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	20/07/2022 00:48:09	Giovana Calcagno Gomes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoFinal.docx	20/07/2022 00:47:57	Giovana Calcagno Gomes	Aceito

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRO-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Carreiros **CEP:** 96.203-900
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (51)3237-3013 **E-mail:** cep@furg.br



Continuação do Parecer: 5.577.360

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO GRANDE, 11 de Agosto de 2022

Assinado por:

DEBORA MARTINS MACHADO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Itália, km II, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Carleirós **CEP:** 96.203-900
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (51)3237-2013 **E-mail:** cep@furg.br

Página 04 de 04