



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO
CUIDADO EM ENFERMAGEM – MESTRADO PROFISSIONAL**

GABRIELA DA SILVA

**AVALIAÇÃO E MANEJO DA DOR NEONATAL:
CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM**

Florianópolis
2017

Gabriela da Silva

**AVALIAÇÃO E MANEJO DA DOR NEONATAL:
CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM**

Dissertação submetida ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau em Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem. Área de concentração: Gestão do Cuidado em Saúde e Enfermagem e na linha de pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável, adoecer e morrer.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Mota Zampieri.

Florianópolis
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva, Gabriela da

Avaliação e manejo da dor neonatal: :
contribuições da enfermagem / Gabriela da Silva ;
orientadora, Maria de Fátima Mota Zampieri, 2017.
271 p.

Dissertação (mestrado profissional) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de
Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em
Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

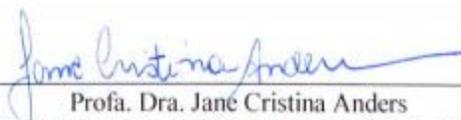
1. Gestão do Cuidado em Enfermagem. 2. Manejo da
dor. 3. Enfermagem. 4. Educação em saúde. 5. Unidade
de terapia intensiva neonatal. I. Zampieri, Maria
de Fátima Mota. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Gestão do
Cuidado em Enfermagem. III. Título.

GABRIELA DA SILVA

**AVALIAÇÃO E MANEJO DA DOR NEONATAL:
CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM**

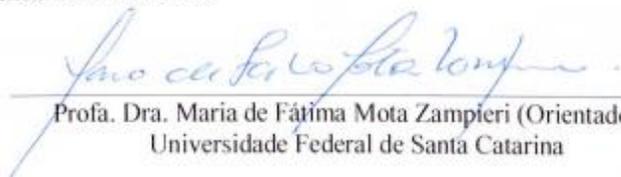
Esta Dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de: Mestre Profissional Em Gestão do Cuidado em Enfermagem e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem – Mestrado Profissional.

Florianópolis, 19 de abril de 2017.



Profa. Dra. Jané Cristina Anders
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em
Enfermagem

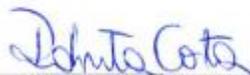
Banca Examinadora:



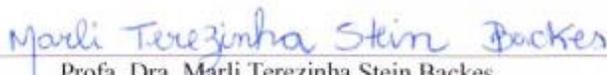
Profa. Dra. Maria de Fátima Mota Zamperli (Orientadora)
Universidade Federal de Santa Catarina



Profa. Dra. Juliana Coelho Pina
Universidade Federal de Santa Catarina



Profa. Dra. Roberta Costa
Universidade Federal de Santa Catarina



Profa. Dra. Marli Terezinha Stein Backes
Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a Deus que permitiu que este momento fosse vivido por mim, trazendo alegria aos meus pais e a todos que contribuíram para a realização deste trabalho.

Agradeço de forma especial ao meu pai Jorge Luiz da Silva e a minha mãe Valmira Müller da Silva, por não medirem esforços para que eu pudesse levar meus estudos adiante.

A minha família, em especial, minha avó querida Carolina Müller.

Ao Clóvis Agostinho Maçaneiro, por ser meu companheiro durante esta jornada, sempre me apoiando e compreendendo muitos momentos ausentes.

À professora Maria de Fátima Motta Zampieri pela paciência, pelo carinho, pelo apoio e é claro, pelos seus ensinamentos nesta longa caminhada.

Aos membros titulares desta banca, pela disponibilidade em contribuir com seus conhecimentos e experiências.

Aos professores do Mestrado Profissional em Enfermagem não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender.

Agradeço à equipe de saúde da Unidade Neonatal pelo apoio, pelo incentivo e pela confiança no desenvolvimento deste trabalho, do qual orgulhosamente faço parte.

Aos meus amigos Maryah Elisa Morastoni Heartel e Sergio Genilson Pflieger pelo acolhimento, hospitalidade, risadas e incentivo nesta jornada.

SILVA, Gabriela da. **Avaliação e manejo da dor neonatal: contribuições da enfermagem.** 2017. 271f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

RESUMO

Pesquisa qualitativa na modalidade Convergente Assistencial, com objetivo geral de construir com a equipe de enfermagem um plano de cuidados para a avaliação e manejo da dor na Unidade Neonatal que tem como objetivos específicos: realizar uma revisão integrativa para identificar a avaliação e manejo da dor neonatal pela equipe de enfermagem nas Unidades Neonatais, no período de 2011 a 2016; identificar como a equipe de enfermagem avalia e maneja a dor dos recém-nascidos e sensibilizar a equipe de enfermagem sobre a dor: manejo e avaliação. Desenvolvida com 65 profissionais de enfermagem de um Serviço de Alto Risco Neonatal referência para o Método Canguru. Esta pesquisa foi desenvolvida em três etapas: a) Observação e entrevista; b) Prática educativa; c) Construção do plano de cuidados. Os dados foram coletados por meio da observação participante, entrevista semiestruturada e prática educativa. Os dados da entrevista e observação subsidiaram o desenvolvimento da prática educativa através do arco de Magueréz, que culminou na construção coletiva de um plano de cuidados de terapia não farmacológica. A análise dos dados seguiu os passos da Pesquisa Convergente Assistencial. O estudo atendeu a resolução 466/2012 através do termo de consentimento dos participantes. Os resultados obtidos foram apresentados por meio de três manuscritos e um produto. Primeiro manuscrito “Revisão integrativa 2011-2016: avaliação e manejo da dor neonatal pela equipe de enfermagem” desvelou que o número expressivo de publicações nacionais sobre a avaliação e manejo da dor não refletiu mudanças na prática assistencial. É necessário o desenvolvimento de práticas educativas que sensibilizem os profissionais sobre a temática. Segundo manuscrito “Avaliação e manejos da dor em um serviço de alto risco neonatal” apontou que os participantes reconhecem e preocupam-se em aliviar a dor neonatal. A avaliação é realizada de forma subjetiva, mesmo com o uso rotineiro de escala devido ao desconhecimento de sua aplicação e interpretação. Os participantes fazem uso de medidas não farmacológicas de forma não sistematizada. Há fragilidade nos registros de avaliação, manejo e reavaliação da dor. Terceiro manuscrito “Dor neonatal: compreender, sensibilizar e visitar práticas de enfermagem”

possibilitou rever e refletir sobre prática, interagir, atualizar saberes e sensibilizar os envolvidos para a temática da dor e suas responsabilidades, e propor sugestões para qualificar atendimento ao neonato. O resultado final foi a construção de um produto “Plano de cuidados não farmacológicos para o manejo da dor neonatal”, uma proposta de intervenção para qualificar a assistência no processo de avaliação e manejo não farmacológico da dor neonatal, trazendo: “Cuidados com o ambiente da Unidade Neonatal”; “Cuidados no ambiente humano: atitudes do profissional”; “Cuidados de controle fisiológico neonatal”; “Cuidados gerais para prevenção e alívio da dor neonatal”; “Manuseio mínimo” e “Registros”. Esta pesquisa contribuiu para aperfeiçoar a avaliação e os manejos da dor pela equipe de enfermagem; fortalecer o planejamento e consecução das ações de enfermagem, por meio da construção do plano de cuidados. Destaca o papel da enfermagem neste processo, reforçando a necessidade de educação permanente a partir da problematização da realidade, do diálogo e da participação ativa dos envolvidos, através da reflexão, ação e reflexão. Os resultados alcançados ampliam a produção sobre a temática, servem de subsídios para o cuidado do neonato com dor neste *setting* e outras Unidades Neonatais similares de forma humanizada.

Palavras-chave: Avaliação da dor. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Enfermagem. Educação em saúde. Manejo da dor. Recém-nascido.

SILVA, Gabriela da. Evaluation and management of neonatal pain: nursing contributions. 2017. 271f. Dissertation (Professional Master's Degree) - Postgraduate Program in Nursing Care Management, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

ABSTRACT

Qualitative research in the Convergent Care modality, with the general goal of constructing with the nursing team a plan of care for the evaluation and management of pain in the Neonatal Unit and as specific goals: to carry out an integrative review to identify the evaluation and management of neonatal pain by nursing team in the Neonatal Units, from 2011 to 2016; to identify how the nursing team evaluates and manages the pain of newborns and to sensitize the nursing team about pain: management and evaluation. This research was developed with 65 nursing professionals from a High Risk Neonatal Service reference to the Kangaroo Method. This research was developed in three stages: a) Observation and interview; B) Educational practice; C) Construction of the care plan. Data were collected through participant observation, semi-structured interview and educational practice. The interview and observation data subsidized the development of the educational practice through the Maguerez arch, which culminated in the collective construction of a non-pharmacological therapy care plan. Data analysis followed the steps of Convergent Care Research. The study complied with resolution 466/2012 through the consent form of the participants. The obtained results were presented by three manuscripts and one product. First manuscript - "Integrative review 2011-2016: assessment and management of neonatal pain nursing" revealed the significant number of national publications on an evaluation and management of pain didn't produce changes in care practice. It is necessary to develop educational practices that sensitize professionals on the thematic. Second manuscript - "Assessment and management of pain in a high-risk neonatal service" pointed out that participants recognize and care about relieving neonatal pain. An evaluation is performed subjectively, even with the routine use of scale due to the lack of knowledge of its application and interpretation. Participants use non-pharmacological measures in an unsystematic way. There is fragility in the evaluation, management and reevaluation records of pain. Third manuscript - "Neonatal pain: understanding, sensitizing and revisiting nursing practices" made it possible to review and reflect on practice, to interact, to update knowledge and to sensitize those involved to the theme of pain and its responsibilities, and to propose suggestions to qualify care

for the newborn. The final result was a construction of a product - "Non-pharmacological care plan for the management of neonatal pain", an intervention proposal to qualify the evaluation process and non-pharmacological administration of neonatal pain, bringing: "Care for the environment of the Neonatal Unit"; "Care in the human environment: professional attitudes"; "Neonatal physiological control care"; "General care for the prevention and relief of neonatal pain"; "Minimum Handling" and "Records". This research contributes to improve an evaluation and pain management by the nursing team; strengthen the planning and achievement of nursing actions, through the construction of the care plan. This work highlights the role of nursing in this process, reinforcing the need for permanent education based on the reflection of reality, dialogue and the active participation of those involved, through reflection, action and reflection. The results obtained increase the production on the subject, serve as subsidies for the care of the neonate in pain in this setting and other similar Neonatal Units in a humanized way.

Keywords: Pain evaluation. Neonatal Intensive Care Unit. Nursing. Health Education. Pain management. Newborn.

SILVA, Gabriela da. Evaluación y manejo del dolor neonatal: contribuciones de la enfermería. 2017. 271f. Disertación (Maestría Profesional) - Programa de Postgrado en Gestión del Cuidado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

RESUMEN

Investigación cualitativa en la modalidad Convergente Asistencial, con objetivo general de construir con el equipo de enfermería un plan de cuidados para la evaluación y manejo del dolor en la Unidad Neonatal y como objetivos específicos: realizar una revisión integrativa para identificar la evaluación y manejo del dolor neonatal por el Equipo de enfermería en las Unidades Neonatales, en el período de 2011 a 2016; Identificar cómo el equipo de enfermería evalúa y maneja el dolor de los recién nacidos y sensibiliza al equipo de enfermería sobre el dolor: manejo y evaluación. Desarrollada con 65 profesionales de enfermería de un Servicio de Alto Riesgo Neonatal referencia para el Método Canguro. Esta investigación se desarrolló en tres etapas: a) Observación y entrevista; b) La práctica educativa; c) Construcción del plan de cuidados. Los datos fueron recolectados por medio de la observación participante, entrevista semiestructurada y práctica educativa. Los datos de la entrevista y observación subsidiaron el desarrollo de la práctica educativa a través del arco de Maguerez, que culminó en la construcción colectiva de un plan de cuidados de terapia no farmacológica. El análisis de los datos siguió los pasos de la Investigación Convergente Asistencial. El estudio atendió la resolución 466/2012 a través del término de consentimiento de los participantes. Los resultados obtenidos fueron presentados por medio de tres manuscritos y un producto. El primer manuscrito - "Revisión integrativa 2011-2016: evaluación y manejo de enfermería del dolor neonatal" desveló el número expresivo de publicaciones nacionales sobre la evaluación y manejo del dolor no reflejó cambios en la práctica asistencial. Es necesario el desarrollo de prácticas educativas que sensibilicen a los profesionales sobre la temática. Según el manuscrito - "Evaluación y manejo del dolor en un servicio de alto riesgo neonatal" apuntó que los participantes reconocen y se preocupan en aliviar el dolor neonatal. La evaluación se realiza de forma subjetiva, incluso con el uso rutinario de escala debido a su desconocimiento de su aplicación e interpretación. Los participantes hacen uso de medidas no farmacológicas de forma no sistematizada. Hay fragilidad en los registros de evaluación, manejo y reevaluación del dolor. Tercer manuscrito - "Dolor neonatal: comprender, sensibilizar y revisar

las prácticas de enfermería" posibilitó revisar y reflexionar sobre la práctica, interactuar, actualizar los conocimientos y sensibilizar a los involucrados en la temática del dolor y sus responsabilidades, y proponer sugerencias para calificar atención al neonato. El resultado final fue la construcción de un producto - "Plan de cuidados no farmacológicos para el manejo del dolor neonatal", una propuesta de intervención para calificar la asistencia en el proceso de evaluación y manejo no farmacológico del dolor neonatal, trayendo: "Cuidados con el tratamiento Ambiente de la Unidad Neonatal "; "Cuidados en el ambiente humano: actitudes del profesional"; "Cuidados de control fisiológico neonatal"; "Cuidados generales para la prevención y alivio del dolor neonatal"; "Manejo mínimo" y "Registros". Esta investigación contribuyó a perfeccionar la evaluación y los manejos del dolor por el equipo de enfermería; Fortalecer la planificación y la consecución de las acciones de enfermería, a través de la construcción del plan de cuidados. Destaca el papel de la enfermería en este proceso, reforzando la necesidad de educación permanente a partir de la problematización de la realidad, del diálogo y de la participación activa de los involucrados, a través de la reflexión, la acción y la reflexión. Los resultados alcanzados amplían la producción sobre la temática, sirven de subsidios para el cuidado del neonato con dolor en este *setting* y otras Unidades Neonatales similares de forma humanizada.

Palabras clave: Evaluación del dolor. Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. Enfermería. Educación en salud. Manejo del dolor. Recién nacido.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Esquema do Arco de Charles Maguerez	100
Figura 2: Organização das etapas do estudo.....	108
Figura 3: Modelo adaptado do Arco de Charles Maguerez	112
Figura 4: Esquema do processo de avaliação e manejo da dor neonatal	191
Figura 5: Componentes da revisão integrativa da literatura	247

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Avaliação e manejo da dor do recém-nascido: Publicações de 2011 a 2016.....	49
Quadro 2: Cuidados ambientais: redução de ruídos	193
Quadro 3: Cuidados ambientais: redução de estímulos luminosos	196
Quadro 4: Cuidados ambientais: estímulos olfativo e gustatório	198
Quadro 5: Cuidados do ambiente humano: atitudes do profissional ..	200
Quadro 6: Cuidados de controle fisiológicos do RN	203
Quadro 7: Manejos gerais para prevenção e alívio da dor do RN	206
Quadro 8: Cuidados para o manuseio mínimo	213
Quadro 9: Distribuição dos instrumentos segundo a classificação unidimensional e os tipos de dor. Fortaleza, CE.	250
Quadro 10: Distribuição dos instrumentos, segundo a classificação multidimensional e os tipos de dor. Fortaleza, CE.....	251
Quadro 11: Sistema de codificação da atividade facial neonatal (SCAFN ou NFCS)	252
Quadro 12: Perfil de dor do prematuro (PIPP).....	252
Quadro 13: Escala de avaliação pós-operatória do recém-nascido (CRIES).....	253
Quadro 14: Echelle Douleur Inconfort Nouveau-NÉ (EDIN).....	254
Quadro 15: Children´s and infant´s postoperative pain scale (CHIPPS) – escala de dor pós-operatória em crianças e recém-nascidos.....	255
Quadro 16: Escala de avaliação da dor (NIPS)	255

LISTA DE SIGLAS

AAP	<i>American Academy of Pediatrics</i>
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BIIP	<i>Behavioral Indicators of Infant Pain</i>
BPSN	<i>Bernese Pain – Scale for Neonates</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHIPPS	<i>Children's and Infant's Postoperative Pain Scale</i>
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CPAP	<i>Continuous Positive Airway Pressure</i>
CPS	<i>Canadian Pediatric Society</i>
CRIES	<i>Crying, Requires oxygen for saturation above 90%, Increased vital signs, Expression, Sleep</i>
DAN	<i>Douleur Aigue du Nouveau-né</i>
DSVNI	<i>Distress Scale for Ventilated Newborn Infants</i>
EDIN	<i>Echelle Douleur/Inconfort Nouveau-né</i>
EDRN	Escala de Avaliação de Dor no Recém-nascido
EPS	Educação Permanente em Saúde
FLACC	<i>Faces Legs Activity Cry Consolability Pain Scale</i>
FSPAPI	<i>Face Scale for Pain Assessment of Preterm Infants</i>
HLC	Hormônio Liberador de Corticotrofina
HU	Hospital Universitário
HGT	Hemoglicoteste
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
IBCS	<i>Infant Body Coding System</i>
IRA	Insuficiência Respiratória Aguda
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>

LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LIDS	<i>Liverpool Infant Distress Score</i>
LMO	Leite Materno Ordenhado
MAPS	<i>Multidimensional Assessment Pain Scale</i>
MC	Método Canguru
MPENF/UFSC	Mestrado Profissional em Enfermagem/Universidade Federal de Santa Catarina
MS	Ministério da Saúde
NAPI	<i>Nursing Assessment of Pain Intensity</i>
NFCS	<i>Neonatal Facial Coding System</i>
NIPS	<i>Neonatal Infant Pain Scale</i>
NIPS-Brasil	Escala de Avaliação da Dor no Recém-Nascido
NNICUPAT	<i>Nepean Neonatal Intensive Care Unit Pain Assessment Tool</i>
N-PASS	<i>Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale</i>
NVO	Nada por via oral
PAIN	<i>Pain Assessment in Neonates</i>
PAT	<i>Pain Assessment Tool</i>
PASPI	<i>Pain Assessment Scale for Preterm Infants</i>
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PICC	<i>Peripherally Inserted Central Venous Catheter</i>
PIPP	<i>Premature Infant Pain Profile</i>
POP	Procedimento Operacional Padrão
PUBMED	<i>National Center of Biotechnology Information and National Library of Medicine</i>
RIPS	<i>Riley Infant Pain Scale</i>
RN	Recém-nascido(s)
RNPT	Recém-nascido pré-termo
RNT	Recém-nascido a termo

ROP	Retinopatia da Prematuridade
SAE	Sistematização da Assistência em Enfermagem
SARNEO	Serviço de Alto Risco Neonatal
SCAFN	Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SNC	Sistema Nervoso Central
SUN	<i>Scale for use in Newborns</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UNCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UM	Unidade Neonatal
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VAS	<i>Visual Analog Scale</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	15
LISTA DE QUADROS	17
LISTA DE SIGLAS.....	19
1 INTRODUÇÃO.....	25
2 APROXIMAÇÃO COM A LITERATURA	35
2.1 REVISÃO NARRATIVA	35
2.1.1 Reconhecimento e avaliação da dor	35
2.1.2 Práticas de alívio da dor neonatal	39
2.1.3 A enfermagem no processo de avaliação e seus manejos	41
2.2 REVISÃO INTEGRATIVA	43
2.2.1 Manuscrito 1 – Revisão Integrativa 2011-2016: Avaliação e Manejo da Dor Neonatal pela Equipe de Enfermagem	43
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	89
3.1 REFERENCIAL TEÓRICO	89
3.2 PRESSUPOSTOS	90
3.3 CONCEITOS DO ESTUDO	93
3.3.1 Seres humanos	93
3.3.2 Enfermagem	96
3.3.3 Ambiente	96
3.3.4 Prática educativa.....	97
3.3.5 Plano de cuidados	98
3.4 EDUCAÇÃO PROBLEMATIZADORA: CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO	99
4 MÉTODO.....	103
4.1 CARACTERÍSTICA DO ESTUDO	103
4.2 <i>SETTING</i> DE PESQUISA.....	105
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	106
4.4 ETAPAS DO ESTUDO	108
4.5 COLETA DE DADOS	109
4.6 REGISTRO DE DADOS	114
4.7 ANÁLISE DE DADOS.....	114
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	116
5 RESULTADOS.....	119
5.1 MANUSCRITO 2 – AVALIAÇÃO E MANEJOS DA DOR EM UM SERVIÇO DE ALTO RISCO NEONATAL	120

5.2	MANUSCRITO 3 – DOR NEONATAL: COMPREENDER, SENSIBILIZAR E REVISITAR PRÁTICAS DE ENFERMAGEM.....	159
5.3	PRODUTO – PLANO DE CUIDADOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O MANEJO DA DOR NEONATAL.....	186
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	225
	REFERÊNCIAS	231
	ANEXOS.....	245
	APÊNDICES	261

1 INTRODUÇÃO

A *World Health Organization* (WHO) (2012) estima que o nascimento prematuro atinja cerca de 15 milhões de recém-nascidos (RN), um em cada 10 RN em todo mundo. Um milhão de crianças morrem devido às complicações oriundas da prematuridade e muitos dos sobreviventes podem apresentar sequelas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016; WHO, 2012).

Os avanços tecnológicos elevaram a taxa de sobrevivência neonatal. Em uma Unidade Neonatal (UN) da Índia e do Nepal as maiores causas de internação foram: a prematuridade, o baixo peso, a asfixia neonatal, sepse e icterícia neonatal (BHATT *et al.*, 2016; SHAH *et al.*, 2013).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2016) estima-se que no Brasil nascem três milhões de crianças ao ano, sendo que 350.000 apresentam idade gestacional inferior a 37 semanas, 45.000 entre 22-31 semanas e 40.000 com peso ao nascer inferior a 1.500g. O Brasil ocupa o 10º lugar no nascimento de prematuros no mundo, e 16º lugar de óbito devido a suas complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016; WHO, 2012).

Estudo realizado em um hospital público do Pará, analisando 318 prontuários de RN internados na UN durante o ano de 2013, constatou que a principal causa de internação foi a prematuridade com 77,04% casos, seguido de afecções respiratórias com 74,84% e baixo peso com 63,83%. Durante a internação, a maioria dos RN necessitou de suporte ventilatório: ventilação mecânica invasiva, ventilação mecânica não invasiva, oxitenda e oxigênio circulante. Dentre os RN internados, 120 evoluíram para óbitos, relacionados às seguintes causas: choque séptico, insuficiência respiratória aguda (IRA) e hemorragia pulmonar (LIMA *et al.*, 2015).

Em um UN de Bento Gonçalves, no Rio Grande do Sul (RS), foram analisados 126 prontuários, sendo que as causas de internações também foram relacionadas à prematuridade, doença da membrana hialina, disfunção respiratória e taquipneia transitória. O tempo de internação mínimo foi de um dia e máximo de 363 dias, com média de 23 dias de internação. Durante o período de internação os neonatos receberam medidas variáveis de suporte ventilatório e antibioticoterapia (DAMIAN; WATERKEMPER; PALUDO, 2016). Diante da realidade do perfil de pacientes internados em UN, a prematuridade tem se destacado como a principal causa de internação.

Devido à instabilidade clínica, decorrente desta situação, os RN

são submetidos a diversos procedimentos. O recém-nascido pré-termo (RNPT) de muito baixo peso teve um tempo de internação prolongado, segundo o estudo de Marcuartú e Malveira (2017), chegando a uma média de 43,8 dias, fator relacionado a repercussões no crescimento e desenvolvimento, expondo os RN ao excesso de manipulação, luminosidade e estresse.

Os RNPT sofrem maiores intervenções e controles rigorosos, consequentemente, são expostos a maior manipulação durante a internação na UN. Pereira *et al.* (2013) detectaram que o RNPT sofreu um total de 768 manipulações e 1341 procedimentos. Em relação à frequência, cada RNPT sofreu em média de 14 a 71 manipulações e de 59 a 109 procedimentos em 24 horas. Em um hospital de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, foi desenvolvida uma pesquisa com 89 RNPT, internados na UN, com o objetivo de dimensionar o tipo, a quantidade e a frequência de procedimentos dolorosos durante as primeiras duas semanas de internação. O estudo constatou que os RNPT pesando até 1000g foram submetidos a 2813 procedimentos, os RNPT pesando entre 1001g e 1500g receberam 1931 procedimentos e os RNPT maiores de 1500g foram submetidos a 1925 procedimentos dolorosos. Em relação à idade gestacional, RN menores de 28 semanas sofreram 2059 procedimentos, os RN de 28 a 32 semanas foram submetidos a 3145 procedimentos e em maiores de 32 semanas foram realizados 1486 procedimentos dolorosos. Sendo assim, quanto menor a idade gestacional e o peso, maior foi o número de intervenções dolorosas (BONUTTI, 2014), ou seja, quanto menor o peso do RN maior o número de procedimentos e maior o número de intervenções dolorosas. Além disso, a idade gestacional inferior a 32 semanas também interferiu no número de intervenções dolorosas.

Um estudo semelhante em uma UN de Cuiabá, estado de Mato Grosso, identificou e caracterizou os tipos e a frequência de procedimentos dolorosos em RNPT. O estudo revelou que os 127 RN foram submetidos a 5.758 procedimentos invasivos, sendo eles: punção de calcâneo, punção para exames laboratoriais, aspiração de vias aéreas superiores sob ventilação mecânica, punção venosa periférica, sondagem nasogástrica, punção arterial, *Peripherally Inserted Central Venous Catheter* (PICC), oxigenioterapia por *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP), dissecação venosa e drenagem torácica. Os dados levantados apontaram que apenas um RN internado na UN pode sofrer de um a 159 procedimentos dolorosos diariamente. Dentre os 127 neonatos estudados, apenas 28 RN receberam algum tipo de analgesia (GAÍVA *et al.*, 2014).

A maioria desses procedimentos gera algum tipo de estresse e/ou dor, que por muito tempo foram considerados eventos sem tratamento. Acreditava-se que os RN tinham o Sistema Nervoso Central (SNC) imaturo, pouco mielinizado, não tendo a capacidade de memorizar experiências dolorosas (CAETANO *et al.*, 2013). Desta forma, os procedimentos eram realizados sem emprego de medidas para evitar a dor.

De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (IASP), a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial de tecidos ou descrita em termos de tal dano. A incapacidade de comunicação verbal não exclui a capacidade do indivíduo de experimentar tal sensação (IASP, 1994).

Durante a gestação, inicia-se o desenvolvimento dos sistemas sensoriais. Na sétima semana gestacional, os receptores sensoriais e cutâneos iniciam-se na região perioral, estendem-se para a face, palma das mãos e sola dos pés na 11^a semana e direcionam-se para o tronco e extremidades proximais na 15^a semana. A percepção sensorial torna-se presente a partir da 20^a semana gestacional e as conexões entre neurônios sensoriais e o corno dorsal espinhal completam-se na 30^a semana (TAMEZ, 2013).

Neste sentido, a exposição precoce aos estímulos dolorosos em RNPT extremos ocorre no período crítico de organização estrutural e funcional do SNC, desencadeando um limiar de dor mais baixo. Um simples estímulo tátil ou barulho pode despertar a sensação de dor e estresse no neonato. A exposição precoce à dor propicia alterações no desenvolvimento cerebral e afeta as aquisições neurológicas, emocionais e cognitivas futuramente (ANAND, 2016; AAP; CPS, 2016; TURNAGE; LABRECQUE, 2015).

O Ministério da Saúde (MS) aponta que a negligência à dor pode gerar efeitos deletérios na estabilidade hemodinâmica, comportamental e alterações no desenvolvimento do sistema nervoso. Os efeitos hemodinâmicos envolvem fatores de equilíbrio fisiológico, tais como: taquicardia, taquipneia, hipertensão arterial e intracraniana, e dessaturação (BRASIL, 2014). Um estudo realizado em uma UN com o objetivo de avaliar a resposta da dor de 26 RN durante a coleta de gasometria arterial mostrou que houve mudança de padrão hemodinâmico antes de realizar o procedimento: 46,1% apresentaram taquicardia e 19,2% apresentaram queda de saturação. Durante o procedimento houve um aumento da frequência cardíaca em 42,3% e de redução da frequência em 7,7% dos participantes. Em relação à saturação, 34,7% apresentou alterações (PINHEIRO *et al.*, 2015).

A UN é um ambiente considerado estressante, com manipulações excessivas em função da realização de cuidados essenciais, barulho de alarmes e luminosidade intensa, o que proporciona desconforto aos neonatos. A fim de minimizar os efeitos provocados pelo estresse, é necessário que a equipe de saúde defina estratégias para prevenção da dor (AAP; CPS, 2016; BRASIL, 2014).

As estratégias concentram-se na prevenção da dor, adequar os procedimentos técnicos por meio da racionalização de procedimentos dolorosos, adotar medidas que diminuam a dor, reduzir estímulos táteis desagradáveis, ruidosos e luminosos; promover o manuseio mínimo e delicado; acalmar o RN; agrupar os cuidados de forma que o neonato tolere o manuseio; organizar o sono do RN (AAP; CPS, 2016; ANAND, 2017; BRASIL, 2014).

Ao realizar procedimento potencialmente doloroso devem-se adotar medidas não farmacológicas como prevenção e alívio da dor. Estas medidas possuem eficácia comprovada e recomendada pela *American Academy of Pediatrics* e a *Canadian Pediatric Society* (AAP; CPS, 2016). São elas: amamentação, contenção facilitada, contato pele a pele, sucção não nutritiva e massagem. Além dos métodos não farmacológicos, é indicado também o uso da terapia farmacológica para aliviar a dor relacionada aos procedimentos dolorosos e invasivos, tais como: PICC, dissecação de veia, inserção de dreno de tórax, pós-operatório, infecções abdominais, fraturas ou lacerações e RN em ventilação mecânica (AAP; CPS, 2016; ANAND, 2017; AUSTRALIAN; ZEALAND COLLEGE OF ANAESTHETISTS; FACULTY OF PAIN MEDICINE, 2015; BRASIL, 2014a).

As respostas dolorosas evidenciadas nos RN podem ser representadas por alterações comportamentais, fisiológicas e endócrino-metabólicas. Entretanto, a falta de resposta motora não significa a ausência de dor, pois esta pode ser avaliada pelas alterações fisiológicas (BRASIL, 2014). As alterações comportamentais mais evidentes são evidenciadas pela expressão facial, movimentação corporal, irritabilidade e choro. Os RN podem apresentar movimentos ativos de retirada do membro, aumento dos movimentos corporais ou hipotonia, hipoatividade, diminuição no período de sono (principalmente do sono leve), rápidas transições de estado e irritabilidade ou a total ausência de resposta motora. Entretanto, nem todos os RN apresentam tais respostas, apenas 50% dos RNPT choram diante do estímulo doloroso (BRASIL, 2014). O estudo de Pinheiro *et al.* (2015) constatou que as manifestações corporais mais presentes foram: abertura de boca 25 (96,1%), fronte saliente 23 (88,4%) e fenda palpebral 20 (76,9%).

Nas alterações endócrino-metabólicas ocorre a liberação de Hormônio Liberador de Corticotrofina (HLC) que atinge o hipocampo, área responsável pelo aprendizado e memória. Além de aumentar os níveis de cortisol, catecolaminas, glucagon e diminuição de insulina, afeta também o sistema imunológico, favorecendo as infecções e interferindo na coagulação e hemostasia do neonato (BRASIL, 2014).

Os estímulos dolorosos também comprometem o desenvolvimento do SNC, principalmente em RNPT, devido a sua imaturidade. Durante o estímulo doloroso há um excesso de despolarização neural, provocando hiperexcitabilidade, em função da incapacidade de inibir respostas nociceptivas. As experiências dolorosas durante a evolução cerebral do RNPT podem desenvolver quadro de hemorragia intraventricular ou leucomalácia periventricular devido alteração do fluxo e volume sanguíneo cerebral, os quais elevam a pressão intracraniana e as alterações degenerativas, associadas à dor e ao ambiente estressor nas UN. Essas interferem no quadro emocional, na interação, na atenção seletiva e no processamento de informações, pois atingem o córtex cingulado que é responsável por esta função (BRASIL, 2014; ANAND, 2016).

Em um estudo realizado em uma UN em Columbia, nos Estados Unidos (EUA), 86 RNPT, com idade gestacional entre 24 e 32 semanas foram submetidos a um exame de ressonância magnética, imagem espectroscópica de ressonância magnética tridimensional e imagens de tensor de fusão com o objetivo de avaliar a relação da dor com o desenvolvimento cerebral precoce do RNPT extremo. O estudo mostrou que a exposição à dor repetida e precoce alterou estruturas subcorticais e alterações secundárias de substância branca, podendo interferir no desenvolvimento cognitivo posteriormente (BRUMMELTE *et al.*, 2012).

A dor ainda é subtratada ou desconsiderada em muitas unidades neonatais. Os principais motivos são: desconhecimento dos efeitos da dor, dificuldade na avaliação, por respostas diminuídas ou ausentes em algumas situações; desconhecimento da forma de tratamento, compreensão da dor como evento secundário; sobrecarga de trabalho da equipe de saúde para observar o comportamento do neonato; a crença da cultura ocidental em valorizar quem suporta a dor e o sofrimento; e falta de padronização no modo de avaliação e manejo da dor (BOTTEGA *et al.*, 2014; CAPELLINI, 2012; MARTINS; EMUNO; PAULA, 2016; MONFRIM *et al.*, 2015; ROCHA *et al.*, 2013).

Mediante os problemas que a dor acarreta nos RNPT e a dificuldade de reconhecer o processo doloroso, é importante que a enfermagem fique atenta aos sinais indicativos, avalie sua intensidade e

atue de acordo com um plano de cuidados, necessário para minimizá-la ou tratá-la. Para auxiliar os profissionais de saúde que atuam em UN no processo de avaliação da dor, foram desenvolvidas escalas específicas à população neonatal. Estas escalas, em sua maioria, pontuam indicadores fisiológicos e comportamentais que mensuram a intensidade da dor. É importante que a escala de escolha atenda o perfil da clientela e seja de fácil aplicação à beira do leito, já que a dor é considerada como o quinto sinal vital (AAP; CPS, 2016; BRASIL, 2014; BRASIL, 2014a; MELO *et al.*, 2014).

Diversas literaturas pesquisadas abordam sobre a percepção da dor neonatal pela equipe de saúde, as formas de avaliação da dor, os procedimentos dolorosos, bem como sobre os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos (AMARAL *et al.*, 2014; MARTINS *et al.*, 2013; SANTOS *et al.*, 2012). Outros estudos mostram que a maioria dos enfermeiros reconhece a importância de tratar a dor, pois percebe que a melhora do quadro clínico facilita a recuperação e o prognóstico geral do caso, além de considerar como um caráter de humanização durante o período de internação, minimizando as consequências negativas do processo doloroso (BOTTEGA *et al.*, 2014; CAPELLINI *et al.*, 2014; LÉLIS *et al.*, 2011).

Na realidade brasileira, a avaliação da dor neonatal ainda é realizada de forma subjetiva e comportamental, como uso de escala ainda escasso (ALVES *et al.*, 2013; BOTTEGA *et al.*, 2014; CAETANO *et al.*, 2013; CAPELLINI *et al.*, 2014; GADÊLHA, 2013; SANTOS *et al.*, 2012). A avaliação da dor como quinto sinal vital não garante a efetividade no tratamento, pois os neonatos ainda são submetidos a procedimentos dolorosos ou potencialmente dolorosos sem qualquer tipo de tratamento, seja farmacológico ou não, além de constatar o uso inadequado da escala (CARNIEL, 2013; QUERIDO, 2014; TASSINARY; HAHN, 2013).

As dificuldades enfrentadas pelos profissionais para utilizar as escalas de avaliação da dor neonatal estão relacionadas à: dificuldade de aplicação do instrumento em pacientes sedados; falta de educação permanente sobre a importância do uso da escala, pois ainda há profissionais descrentes da dor neonatal; desvalorização do trabalho profissional; resistência do uso de instrumento de avaliação da dor por acreditarem que a única medida de alívio é a analgesia medicamentosa; excesso de trabalho burocrático e; falha de comunicação multiprofissional (QUERIDO, 2014; ROCHA; PRADO; SILVA, 2012).

Essas dificuldades encontradas em diferentes locais devem ser refletidas em seu processo de trabalho através de práticas educativas.

Diversos estudos trouxeram repercussões importantes neste aspecto: aumento do conhecimento e reflexão dos profissionais sobre a importância do manejo adequado da dor; maior participação dos profissionais que atuam na instituição para construção coletiva de protocolos/planos de cuidados; a criação de fluxogramas para facilitar a tomada de decisão do manejo da dor; prática do uso de estratégias não farmacológicas antes do procedimento doloroso; e o fortalecimento dos registros sobre a conduta tomada após avaliação da dor (AYMAR *et al.*, 2014; CORDEIRO; COSTA, 2014; QUERIDO, 2014).

Em que pesem estas dificuldades, de acordo com os estudos descritos, percebe-se a necessidade da utilização de escalas de dor; de um programa de educação permanente, por meio de oficinas educativas, para fortalecer e conscientizar a equipe de enfermagem sobre a importância da avaliação da dor neonatal, e adesão adequada aos protocolos/planos de manejos da dor direcionados ao RN. Destaca-se também a importância de uma reflexão sobre os registros sistemáticos e criteriosos, ferramentas fundamentais para implementação de uma assistência eficaz e qualificada da equipe de saúde (CAPELLINI *et al.*, 2014; QUERIDO, 2014).

A avaliação da dor neonatal e as estratégias usadas pela enfermagem para reduzi-la, abordadas pelos autores supracitados, acontecem de forma similar na prática assistencial da autora do presente estudo, o Serviço de Alto Risco Neonatal (SARNEO), onde exerce suas atividades como enfermeira assistencial há sete anos. Esta Unidade pratica os cuidados de Atenção ao RN, preconizados pela Política Nacional do Atendimento Humanizado ao Recém-Nascido: Método Canguru (MC). Essa política, além de orientar as práticas acolhedoras ao RN e à família e o estímulo ao aleitamento materno, também orienta o uso de escalas para avaliação da dor neonatal e as medidas para seu alívio, de acordo com a realidade. Ao longo de seu exercício profissional, a autora deste estudo recebeu diversos treinamentos e capacitações para melhor atendimento ao RN grave, tendo, inclusive, participado do processo de sensibilização para o MC, o que a mobilizou para o desenvolvimento de um estudo que abordasse a questão da avaliação da dor e manejos humanizados para alívio desta.

Apesar da instituição em que atua seguir as premissas da política anteriormente citadas e dos profissionais serem sensibilizados quanto à importância de minimizar o estresse e a dor neonatal, este cuidado não ocorre de maneira efetiva, mesmo com a introdução da Escala de Avaliação da Dor denominada *Neonatal Infant Pain* (NIPS).

Esta escala é aplicada somente para os pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) no SARNEO. As demais

dependências da UN, como Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal I e II (UCINCo I e II), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) e isolamento, a dor é avaliada de forma subjetiva.

Atualmente a escala é realizada pelos técnicos de enfermagem a cada seis horas junto com os demais sinais vitais. Contudo, o valor mensurado não é interpretado pelos membros da equipe de enfermagem e nem comunicado aos demais profissionais de saúde, sendo apenas registrados no prontuário para checar o horário aprazado – até o momento não houve mudança no processo de avaliação da dor neonatal no SARNEO. Ainda na UTIN, nos intervalos de avaliação da NIPS, a dor é identificada também pelas alterações comportamentais e fisiológicas, não sendo aplicada a escala.

Neste sentido, é imperceptível que a equipe de enfermagem realiza a avaliação da dor de forma subjetiva através da percepção pessoal sobre o comportamento do RN associado aos conhecimentos adquiridos pelo profissional, sendo que este método de avaliação é realizado para todos os pacientes internados nesta UN. Desta forma, a autora entende que o quinto sinal vital, através de escala de NIPS, deveria ser utilizado para todos os RN internados no SARNEO, incluindo a UCINCo I e II, UCINCa e isolamento. Além disso, não há registro e clareza a respeito da forma como cada um dos membros da equipe avalia a dor, intervenções realizadas e nem uma conduta norteadora que subsidie o cuidado exercido pelos profissionais de enfermagem diante deste problema.

No que se refere à utilização de medidas não farmacológicas, orientadas pelo MC, a unidade segue apenas as orientações do manual de Procedimento Operacional Padrão (POP), sendo que neste manual há apenas a descrição quanto ao uso de sacarose em procedimentos dolorosos. Em relação às demais condutas não farmacológicas, o enrolamento do RN foi citado apenas quando realizado o banho de imersão deste. É importante destacar que o uso destas medidas não farmacológicas como procedimento de alívio da dor não está associado à avaliação pela escala de NIPS. Desta forma, não há um plano de cuidados escrito que norteie as ações de enfermagem, seja com base na escala utilizada ou qualquer outro tipo de avaliação da dor sistematizada. Assim, a ausência de um plano de cuidados de manejo da dor fragiliza o processo de cuidar da dor neonatal.

Diante desta realidade vivenciada, surgiu o seguinte questionamento de pesquisa: Quais os cuidados de enfermagem necessários para garantir a efetiva avaliação e manejo da dor no RN em Unidade Neonatal?

A importância deste trabalho justifica-se em função do

reconhecimento da dor como quinto sinal vital *pela Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*, a relevância sobre o tema, a constatação dos efeitos prejudiciais/ consequências prejudiciais das experiências dolorosas ao RN, as dificuldades enfrentadas pela enfermagem no processo de avaliação da dor neonatal na prática, bem como a inexistência de um plano de cuidados não farmacológicos para alívio da dor, a fim de orientar a equipe de enfermagem para o manejo adequado, ratificados pela literatura (QUERIDO, 2014; ROCHA; PRADO; SILVA, 2012; SANTOS, RIBEIRO, SANTANA, 2012; SANTOS *et al.*, 2012) e percebidos no cotidiano da prática na instituição, contexto da pesquisa.

O **objetivo geral** consiste em construir com a equipe de enfermagem um plano de cuidados para a avaliação e manejo da dor na Unidade Neonatal.

Para isso, foram elencados os seguintes **objetivos específicos**:

- Realizar uma revisão integrativa para identificar a avaliação e manejo da dor neonatal pela equipe de enfermagem nas UN, no período de 2011 a 2016;
- Identificar como a equipe de enfermagem avalia e maneja a dor dos RN;
- Sensibilizar a equipe de enfermagem sobre a dor: manejo e avaliação.

Como se trata de um problema vivenciado pela pesquisadora em sua prática assistencial e com intuito de qualificar a equipe de enfermagem para melhorar o atendimento à dor nos RN, gerando transformações no cuidado prestado, optou-se em realizar uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Esta metodologia propõe inovar, renovar, solucionar, superar e/ ou minimizar problemas da prática assistencial, associando o conhecimento teórico de pesquisa ao conhecimento prático. Neste tipo de pesquisa, o pesquisador é responsável por favorecer a reflexão sobre os modos de cuidar, construindo um novo conhecimento e renovação da prática assistencial (PAIM *et al.*, 2008).

Desta forma, o estudo beneficiará a reflexão sobre a temática, criação de espaço de diálogo da equipe de enfermagem com a comunidade científica ampliando seus conhecimentos, e contribuirá para melhoria da assistência humanizada ao RN, aumentando a segurança no cuidado ao RN e garantindo a proteção legal dos trabalhadores de enfermagem.

2 APROXIMAÇÃO COM A LITERATURA

Esta revisão compõe-se de duas partes. Primeiramente foi realizada uma revisão narrativa abordando o reconhecimento e a avaliação da dor, práticas para o alívio da dor neonatal e a enfermagem no processo de avaliação e seus manejos. Esta revisão objetivou instrumentalizar a pesquisadora para a elaboração do projeto de pesquisa, a partir dos temas: reconhecimento e avaliação da dor, práticas de alívio da dor neonatal, a enfermagem no processo de avaliação e seus manejos.

No segundo momento foi realizada uma revisão integrativa a respeito da produção científica sobre a avaliação e o manejo da dor neonatal pela equipe de enfermagem, conforme o protocolo de revisão integrativa (ANEXO A). Ela será discutida no formato de um manuscrito, sendo um resultado do estudo, aqui descrito para facilitar a organização e compreensão do leitor.

A revisão integrativa, **Manuscrito 1**, intitulada “Revisão integrativa 2011-2016: avaliação e manejo da dor neonatal pela equipe de enfermagem” subsidiou as próximas etapas do estudo. Este trabalho foi realizado pelo pesquisador e orientador da pesquisa, seguindo o Protocolo de revisão integrativa, baseado em Ganong (1987) e Mendes, Silveira e Galvão (2008) (ANEXO A), neste capítulo, mesmo sendo um resultado, para melhorar a fluidez do texto e facilitar a leitura pelo leitor.

2.1 REVISÃO NARRATIVA

2.1.1 Reconhecimento e avaliação da dor

A manifestação dolorosa pode ser avaliada por sinais físicos, comportamentais e respostas endócrinas. As manifestações comportamentais mais evidentes após o estímulo doloroso são: resposta motora à dor, mímica facial, choro, alteração do padrão do sono e vigília, bem como, respostas comportamentais complexas, mecanismo de fuga do ambiente estressante, manifestado pelo RN. Essas respostas são mais específicas em relação aos parâmetros fisiológicos, porém são de baixa precisão e dependem da interpretação do observador (GUINSBURG, 2000).

Os sinais físicos estão relacionados aos padrões hemodinâmicos: frequência cardíaca, pressão arterial, saturação de oxigênio e padrão respiratório. A dor pode provocar aumento na frequência cardíaca e pressão arterial, dessaturação, respiração mais rápida, superficial e irregular. Entretanto, os parâmetros fisiológicos não devem ser avaliados isoladamente para indicação de analgesia. A resposta endócrino-

metabólica de estresse é como um indicador para avaliação da presença da dor, porém de baixa especificidade (CAPELLINI, 2012; GUINSBURG, 2000; NICOLAU *et al.*, 2008).

Os termos mensuração e avaliação são usados de forma igualitária, porém existem diferenças nos seus significados. Enquanto a mensuração está relacionada ao valor que pode ser atribuído por instrumentos que mensuram a intensidade da dor, a avaliação da dor é mais ampla e envolve informações relacionadas à data de início, à localização, à intensidade, à duração e à periodicidade dos episódios dolorosos, bem como, às qualidades sensoriais e afetivas do paciente, aos fatores que iniciam, aumentam ou diminuem a sua intensidade (FORTUNATO *et al.*, 2013; SAÇA *et al.*, 2010).

Para o MS, a avaliação da dor neonatal deve ser feita por meio de escalas que englobam vários parâmetros e procuram uniformizar os critérios de mensuração das variáveis. Os parâmetros fisiológicos e comportamentais devem ser avaliados simultaneamente para obter informações das respostas individuais à dor e possíveis interações com o ambiente (BRASIL, 2014a).

As escalas dividem-se em unidimensionais e multidimensionais e não há um acordo sobre o padrão-ouro. As escalas unidimensionais (ANEXO B) avaliam apenas a dor aguda, utilizando indicadores comportamentais: expressão facial, choro e atividade motora. As escalas multidimensionais (ANEXO C) avaliam um conjunto de indicadores: comportamentais, fisiológicos, uso de agentes farmacológicos, gravidade da doença, tipo e tempo de exposição à dor. Em uma revisão integrativa sobre os instrumentos de avaliação da dor, foram encontradas 29 escalas validadas para avaliação em RN, 13 unidimensionais e 16 multidimensionais, conforme exposto nos anexos B e C (MELO *et al.*, 2013).

As escalas mais utilizadas na prática para avaliação da dor (ANEXO D) são:

- a) Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (SCAFN): avalia a dor decorrente de procedimentos em RN a termo e pré-termo, por meio da análise de movimentos de grupos de músculos faciais. Há presença de dor quando há *score* superior a três, na escala de oito pontos (MOTTA, 2013);
- b) *Premature Infant Pain Profile* (PIPP) – Escala Perfil de Dor do RNPT: é uma escala validada para avaliação da dor em recém-nascidos prematuros, a partir de 28 semanas de idade gestacional e a termo. A PIPP inclui avaliação de sete

parâmetros comportamentais e medidas fisiológicas no contexto da idade gestacional e do estado do neonato. A escala vai de zero a 21 pontos, sendo que escores acima de seis mostram dor leve e acima de 12 apontam a presença de dor moderada a intensa (MOTTA, 2013);

- c) *Crying, Requires oxygen for saturation above 90%, Inceeed vital signs, Expression, Sleep* (CRIES): avalia o choro, necessidades de oxigenação para manter a saturação maior que 90%, aumento da frequência cardíaca e pressão arterial, expressão facial e ausência de sono. Foi validada para avaliar a dor de RN acima de 32 semanas, no pós-operatório, indicativo de dor com a somatória superior a cinco pontos (MOTTA, 2013);
- d) *Echelle Douleur Inconfort Nouveau-né* (EDIN) – Escala de dor e desconforto do Recém-Nascido: avalia dor aguda, decorrente de procedimento ou pós-operatório, avalia dor prolongada em prematuros por intermédio de cinco indicadores comportamentais: atividade facial, movimentos corporais, qualidade do sono, qualidade do contato com enfermeiros e consolabilidade (MOTTA, 2013);
- e) *Children's and Infant's Postoperative Pain Scale* (CHIPPS): utilizada para avaliar a necessidade de analgesia no pós-operatório. Avalia os seguintes itens ou variáveis: choro, expressão facial, postura do tronco, membros inferiores e superiores, incluindo os dedos e agitação motora (SILVA; SILVA, 2010);
- f) *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS) – Escala de Dor no Recém-Nascido e no Lactente: é uma escala composta por cinco variáveis comportamentais: expressão facial, choro, movimentos de membros superiores e inferiores, estado de alerta; e também por uma fisiológica: padrão respiratório. Em cada variável há dois itens que devem ser pontuados de zero a um (exceto choro, que possui três itens e deve ser pontuado entre zero e dois). A pontuação da escala varia de zero a sete pontos, considerando dor presente com pontuação superior a três. Sua dificuldade encontra-se na avaliação do choro em RN intubados. Neste caso, o item choro é pontuado como zero e o valor da pontuação mímica facial é dobrado (CARNIEL, 2013; GUINSBURG; CUENCA, 2010; MOTTA, 2013; SILVA; SILVA, 2010).

A escala de NIPS foi traduzida e validada no Brasil em 2013, pela

autora Giordana Motta, com o seguinte título: “Escala de Avaliação da Dor no Recém-Nascido” (NIPS-Brasil). Esta escala é um dos instrumentos mais utilizados e estudados na prática clínica (CARNIEL, 2013; MOTTA, 2013).

Além da avaliação da dor por meio da escala, são fundamentais os registros e os manejos da dor. Esta conduta apresenta uma redução considerável do quadro doloroso dos recém-nascidos, ao compará-los com aqueles que não são monitorizados. Há evidências de escassez nos registros de avaliação da dor e de intervenções para o alívio nos diagnósticos, nas prescrições e nas anotações de enfermagem. O registro constitui um meio de comunicação importante para a equipe de saúde envolvida no cuidado e auxilia no planejamento individualizado das ações de enfermagem (CAPELLINI, 2012; FONTES; JAQUES, 2007).

A Lei do exercício profissional de enfermagem, Resolução nº 429, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), considera que o prontuário do paciente é fonte de informações clínicas, administrativas para tomada de decisão e um meio de comunicação compartilhado entre os profissionais da equipe de saúde. De acordo com Art. 1º, é de responsabilidade e dever dos profissionais de Enfermagem, registrar no prontuário todas as atividades assistenciais executadas no paciente. O enfermeiro é responsável pela Sistematização da Assistência e as ações ou intervenções executadas (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012).

Desta forma, a falta de registro dos profissionais pode evidenciar a falha no manejo da dor ou até mesmo a negligência ou o descumprimento de um direito inerente ao ser humano. Isto é ratificado pela Declaração Universal dos Direitos do Prematuro, artigo VI:

Nenhum prematuro será submetido à tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante. Sua dor deverá ser sempre considerada, prevenida e tratada através dos processos disponibilizados pela ciência atual. Nenhum novo procedimento doloroso poderá ser iniciado até que o bebê se reorganize e se restabeleça da intervenção anterior. Negar-lhe esse direito é crime de tortura contra a vida humana (TAVARES, 2008, p.10).

A avaliação e o manejo da dor neonatal são de responsabilidade de toda equipe que atua na UN. O neonato deve ser reconhecido como sujeito

inserido no ambiente, pois é dotado de emoções; é capaz de expressar as sensações desagradáveis, de forma primitiva, e possui particularidades individuais. Este é o pensamento que fundamenta a prática de assistência humanizada ao recém-nascido de baixo peso, o MC (BRASIL, 2014).

2.1.2 Práticas de alívio da dor neonatal

O início do tratamento da dor neonatal consiste na prevenção de sintomas, podendo-se adotar medidas ambientais (controle de luminosidade e ruídos), evitar manuseios desnecessários e preparar o paciente para os procedimentos dolorosos, por meio de terapia não farmacológica em procedimentos como: punção venosa, punção de calcâneo, teste do pezinho, coleta de exames laboratoriais (BRASIL, 2014; BRASIL, 2014a; GUINSBURG, 1999).

O emprego da terapia não farmacológica é a analgesia mais segura e eficaz para o alívio da dor durante os procedimentos relacionados à dor aguda. Além disso, sua eficácia é comprovada e de baixo custo (BRASIL, 2014). A Política Nacional de Atenção Humanizada ao RN de Baixo Peso – MC orienta o uso de estratégias, de medidas não farmacológicas para prevenção da dor neonatal, pois estas promovem um alívio mais efetivo do que o tratamento quando a dor já está estabelecida. Dentre as técnicas de terapia não farmacológicas encontradas estão: posição canguru, contenção facilitada, administração de sacarose e sucção não nutritiva (MORAIS, 2013).

Além destas outras condutas são apontadas a seguir (BRASIL 2014):

- a) Redução de estímulos estressantes: diminuir os estímulos táteis desagradáveis, os estímulos luminosos e sonoros; diminuir o manuseio e os movimentos bruscos; realizar os cuidados agrupados no mesmo momento, de acordo com a tolerância e sinais do RN, evitando o manuseio desnecessário; manter o RN em sono tranquilo; estabelecer cuidados contingentes em resposta aos sinais do neonato. Estas técnicas contribuem para diminuir a carga total dos estímulos da UTIN, diminuir o gasto energético, favorecendo a organização homeostática, além de reduzir a exaustão e múltiplos manuseios que aumentam a resposta à dor;
- b) Adequação de procedimentos técnicos: planejar previamente os procedimentos; certificar a necessidade real desta ação para torná-los mais efetivos, gerando menos dor; realizar os procedimentos em dupla; usar o mínimo de fitas

adesivas no RN e removê-las gentilmente quando necessário; realizar procedimentos dolorosos por pessoas mais experientes; em recém-nascido a termo (RNT), considerar venopunção ao invés de punção de calcâneo; usar lancetas para punção de calcanhar. Desta forma, a racionalização de procedimentos técnicos possibilita a diminuição destes procedimentos, garantindo sua efetividade e provocando menos dor;

- c) Estratégias comportamentais: utilizar a contenção facilitada e o posicionamento do RN garante a organização comportamental, além de mantê-lo confortável, garantindo um período de sono profundo, a necessidade de comunicação e a interação com os cuidadores. O enrolamento estimula os receptores proprioceptivos, táteis e térmicos que minimizam o estresse e a dor. Este tipo de estratégia diminui a dor e sua eficácia pode ser potencializada quando associada a outros métodos não farmacológicos (BRASIL, 2014).

De acordo com a AAP e CPS (2016), as estratégias como o uso de solução adocicada previnem e minimizam a dor, diminuem o tempo de choro, amenizam a expressão facial e reduzem a resposta motora durante o procedimento de punção capilar ou venosa, pois promovem a liberação de opioides endógenos e suas propriedades intrínsecas. É recomendado, segundo estas sociedades, o uso de um ml da solução de sacarose a 25% por via oral dois minutos antes do procedimento. A sucção não nutritiva é um reflexo natural do RN, inibe sua hiperatividade e modula o desconforto do RN e, conseqüentemente, sua resposta à dor. Já a amamentação foi efetiva para prevenir a dor em procedimentos como punção de calcâneo e venoso, pois reúne o contato pele a pele, a sucção não nutritiva e o leite materno. A sacarose também se mostrou efetiva na diminuição de estímulos dolorosos, pois libera opioides endógenos, recomenda-se seu uso associado às demais medidas não farmacológicas. O contato pele a pele reduz a resposta fisiológica e comportamental à dor em procedimento como punção capilar. Esse contato deve ser realizado antes, durante e após o procedimento. A contenção facilitada e o enrolamento promovem a estabilidade fisiológica e comportamental do RN, pois estimulam receptores proprioceptivos, táteis e térmicos que minimizam o estresse e a dor neonatal. A associação destes métodos são medidas eficazes, seguras e fáceis de serem empregadas nas UN (AAP; CPS, 2016; BRASIL, 2014, 2014a; MOTTA; CUNHA, 2015).

A terapia farmacológica tem como objetivo aliviar a dor causada por procedimentos dolorosos e invasivos: inserção de cateter central venoso percutâneo e dissecação de veia, colocação de dreno de tórax, pós-operatório, infecção abdominal (enterocolite necrosante), fraturas ou lacerações de pele extensas e bebês em ventilação mecânica. Estudos recentes mostraram prognóstico não favorável quando utilizado terapia medicamentosa desnecessária, e não há indicação de analgesia profilática (terapia medicamentosa), devido à segurança ser desconhecida em longo prazo. A decisão do alívio da dor deve ser individualizada, considerando a necessidade terapêutica (ANAND, 2017; BRASIL, 2014, 2014a; TAMEZ, 2013).

2.1.3 A enfermagem no processo de avaliação e seus manejos

As UN dispõem de diversos recursos tecnológicos e sistemáticos, habilidade do enfermeiro para tomada de decisão, incluindo o cuidado humanizado. É necessário que o enfermeiro não domine apenas o conhecimento científico, mas aproprie-se do conhecimento filosófico para questões humanitárias. Através destes conhecimentos simultâneos é possível refletir sobre a qualidade no processo de cuidar em neonatologia (MELO *et al.*, 2013).

As tecnologias envolvidas no âmbito da saúde são classificadas da seguinte forma, segundo Merhy (2005): tecnologias duras, as quais envolvem equipamentos, máquinas, objetos de consumo; tecnologias leve-duras, os saberes que operam a área de saúde; e as tecnologias leves, relacionadas ao processo de comunicação e relação entre pessoas.

Durante muito tempo os cuidados de enfermagem eram focados nas atividades de tecnologia leve-dura, que se sustentam nos saberes estruturados como a anatomia, a fisiologia, a biomecânica, a microbiologia, a psicologia, a bioética, as teorias e o processo de enfermagem. As tecnologias duras que incluíam os recursos materiais, os instrumentos e os equipamentos tecnológicos, o mobiliário permanente ou de consumo, com rotinas e normas, dentro de uma lógica cartesiana e mecanizada. Entretanto, a tecnologia leve vem fortalecendo-se nos últimos anos. Ela inclui o acolhimento, as tecnologias das relações, de acesso, a gestão de serviços, a comunicação e o vínculo entre o recém-nascido, a mãe, a família e os profissionais de saúde; o envolvimento familiar; o suporte emocional; a promoção da saúde, com enfoque na educação da saúde, ações que humanizam o atendimento prestado ao RN. Na neonatologia, essas tecnologias são prestadas aos RN desde a sala de parto durante os cuidados imediatos, transporte do RN e cuidados diretos ou indiretos realizados na Unidade Neonatal (CHRISTOFFEL, 2009).

O objetivo da assistência ao RN é suprir suas necessidades e deficiências, garantir a manutenção da temperatura, a atividade respiratória, a alimentação, a prevenção de infecção, a observação e a vigilância do neonato e de seu bem-estar físico e psicológico (OLIVEIRA, 2004). Além disso, atualmente se busca refletir sobre as questões das relações, dos sentimentos e da atenção humanizada. Um grande desafio para a enfermagem é realizar e propor ações para prevenir, minimizar, controlar e aliviar a dor.

Neste contexto, o MC busca garantir a assistência humanizada ao RN, envolvendo cuidados no controle da dor e na diminuição do estresse neonatal, envolvimento e acolhimento da família no processo de cuidar, fortalecimento da amamentação, estabelecimento de membros da equipe multidisciplinar, e mudanças no ambiente de trabalho e do processo de cuidar (CHRISTOFFEL, 2009).

Além de promover uma assistência capaz de amenizar o estresse e a dor durante o período da internação neonatal, o cuidar em situações dolorosas deve ser considerado, para os profissionais de enfermagem, uma questão ética. Devem-se seguir os princípios de beneficência, não maleficência e justiça, preconizadas para uma assistência de qualidade, na qual promover o conforto, planejar o cuidado, reconhecer o neonato como um ser único e sensível, são questões que precisam ser garantidas e exercitadas pela enfermagem (CHRISTOFFEL *et al.*, 2009).

A atuação da enfermeira é fundamental no manejo da dor neonatal, pois cabe a ela a assistência direta ao RN, favorecendo a identificação, a avaliação, a notificação, a prescrição de medidas não farmacológicas, avaliação da analgesia e o programa de tratamento farmacológico diante da dor (FONTES; JAQUES, 2007).

Entretanto, esse processo para o manejo da dor ocorre de maneira ineficaz, em função: da avaliação subjetiva da dor, da ineficácia da utilização da escala por dificuldade de uso e conhecimento mínimo sobre a utilização desta ferramenta pela equipe, da falta de um plano de cuidados para o manejo da dor, registros insuficientes sobre sua identificação e manejo, e da falta de educação continuada para a equipe de enfermagem (AYMAR *et al.*, 2014; BOTTEGA *et al.*, 2014; CAPELLINI *et al.*, 2014; CARNIEL, 2013; CORDEIRO; COSTA, 2014; QUERIDO, 2014; ROCHA; PRADO; SILVA, 2012). Ressalta-se ainda a importância da educação continuada para qualificar os profissionais na identificação e manejo efetivo da dor (SUDÁRIO; DIAS; SANGLARD, 2011).

O desenvolvimento de protocolos, planos de cuidados, rotinas de atendimento e implementação de instrumentos de avaliação da dor

neonatal fortalecem o processo de sistematização da assistência de enfermagem, melhorando a qualidade do cuidado prestado aos neonatos, minimizando o estresse e a dor durante o processo de internação (CAETANO *et al.*, 2013; CRUZ *et al.*, 2015).

2.2 REVISÃO INTEGRATIVA

2.2.1 Manuscrito 1 – Revisão Integrativa 2011-2016: Avaliação e Manejo da Dor Neonatal pela Equipe de Enfermagem

RESUMO

A internação em Unidade Neonatal expõe o neonato a procedimentos dolorosos, agravando o quadro clínico, neurológico e psicossocial. Estudo tem por objetivo conhecer a produção científica de enfermagem em nível nacional sobre avaliação e manejo da dor em Unidades Neonatais no período de 2011 a 2016. **Método:** Revisão integrativa seguindo as etapas: identificação do tema e questão de pesquisa; inclusão e exclusão de estudos, busca em base de dados nacionais através de descritores; informações extraídas do estudo avaliação/ análise; interpretação; discussão de resultados e síntese do conhecimento. **Resultados:** Foram encontrados 1.234 e selecionados 31 artigos que atenderam os critérios de inclusão. Emergiram as categorias: percepções e avaliação da dor; manejo da dor neonatal; limitações e facilidades no avaliar e manejar a dor; o papel da enfermagem diante da dor neonatal. A dor neonatal é avaliada de forma subjetiva, seu manejo é realizado de forma não sistemática. Os profissionais reconhecem a dor neonatal, mas não a consideram como quinto sinal vital. O número expressivo de publicações sobre avaliação e manejo da dor não reflete mudanças da prática. O enfermeiro é o profissional mais preocupado com a questão da dor, fazendo parte de sua prática o uso de medidas não farmacológicas. O manejo da dor ainda está associado ao uso de fármacos. As principais limitações são: desconhecimento dos profissionais sobre a fisiologia da dor, sua avaliação e cuidados e sub-registros. As práticas educativas geraram mudanças importantes na identificação, avaliação e manejo da dor. **Considerações finais:** Há necessidade de retomar estratégias de educação permanente para sensibilizar e capacitar os profissionais sobre o tema. É importante considerar as variáveis culturais, sociais, ambientais, psicológicas e educacionais que possam facilitar ou dificultar a mudança de comportamento diante da dor neonatal e o cuidado à dor como indicador de qualidade ao neonato. Este estudo pode subsidiar a prática nas

instituições, a construção de plano de cuidados e produção de pesquisas, qualificando e humanizando a atenção ao RN no alívio da dor.

Palavras-chave: Dor. Unidade Neonatal. Recém-nascido. Enfermagem. Avaliação da dor. Manejo da dor.

INTRODUÇÃO

A *International Association for the Study of Pain* (IASP) define a dor como “experiência sensitiva e emocional desagradável, decorrente ou descrita em termos de lesões teciduais reais ou potenciais” (IASP, 1994). É caracterizada também como uma experiência pessoal, subjetiva, multifatorial e multidimensional que abrange aspectos sensoriais, afetivos, cognitivos, psicossociais, culturais, comportamentais e ambientais que merecem a atenção individualizada dos profissionais de saúde (BATALHA, 2016).

A internação do recém-nascido (RN) em Unidade Neonatal (UN) acaba por expô-lo à iluminação intensa, barulho excessivo, impede alguns movimentos e dificulta a organização corporal devido à ação gravitacional, manuseio excessivo, estressante e doloroso. Essa exposição repetitiva e prolongada à dor, principalmente em recém-nascidos pré-termos (RNPT), traz consequências no desenvolvimento, comprometendo aquisições neurológicas, emocionais e cognitivas (ANAND, 2016; BRASIL, 2014a; TURNAGE; LABRECQUE, 2015).

A dor neonatal pode ser evidenciada por sinais comportamentais por meio da expressão facial, choro, alteração do padrão do sono e vigília. Estas repostas são mais específicas quando comparadas às respostas fisiológicas. São de baixa precisão, pois dependem da habilidade do profissional de saúde. Os sinais fisiológicos envolvem alterações de padrão respiratório (taquipneia, respiração superficial e irregular), cardíaco e pressão arterial, não devendo ser avaliados isoladamente. A experiência prolongada de dor pode desencadear ausências de respostas corporais, porém não significa ausência de dor (BRASIL, 2014).

Outras respostas menos específicas são as endócrino-metabólicas e imunológicas (risco para infecção) de estresse; que são de baixa especificidade, não podendo ser utilizadas como fator único para avaliação da dor (CAPELLINI, 2012; BRASIL, 2014; BRASIL, 2014a).

Para auxiliar os profissionais de saúde a identificar a dor neonatal, a *American Academy of Pediatrics* (AAP) e *Canadian Pediatric Society* (CPS) orientam o uso de escalas que mensuram a intensidade da dor, avaliando a frequência e a duração dos sintomas. As escalas são

classificadas como unidimensionais que envolvem indicadores comportamentais e as multidimensionais que incluem os indicadores comportamentais e fisiológicos (AAP; CPS, 2016; BRASIL, 2014).

O manejo da dor neonatal tem sido alvo de pesquisas a partir do momento em que se considerou que esta parcela da população tem capacidade sensorial para percepção à dor. Sabe-se que o feto, a partir da 20ª semana de vida, já possui receptores sensitivos, distribuídos pela superfície cutânea e mucosa capazes de perceberem os estímulos dolorosos e estressantes. Em suma, eles apresentam os componentes anatômicos, funcionais e neuroquímicos necessários para a nocicepção, ou seja, para a recepção, transmissão e integração do estímulo doloroso (ANAND, 2016; BRASIL, 2014; TURNAGE; LABRECQUE, 2015).

Os RNPT apesar de sua imaturidade, já possuem o Sistema Nervoso Central (SNC) apto a experimentar estímulos dolorosos. A avaliação e seus cuidados são um desafio, sobretudo para a equipe de enfermagem, devido a suas diferentes formas de expressá-la. Percebe-se ainda no cotidiano das práticas de enfermagem uma assistência fragmentada e centrada no biológico, direcionada à manutenção de funções vitais, prevenção de infecções, manutenção do bem-estar físico e, por vezes psicológico, em descompasso com as políticas públicas vigentes, entre elas, a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (MC) (KLOSSOSWSKI, *et al.*, 2016).

O levantamento bibliográfico preliminar identificou que foram realizadas várias revisões sobre a avaliação ou manejo da dor do RN até 2011. Percebe-se que, apesar do tema ser amplamente abordado na literatura científica, ainda se encontram lacunas no processo de avaliação, prevenção e tratamento da dor por meio da terapia não farmacológica para embasar o desenvolvimento de protocolos de assistência (CARVALHO; CARVALHO, 2012; FRIAÇA *et al.*, 2010; VERONEZ; CORRÊA, 2010). Outros estudos bibliográficos realizados por Falcão *et al.* (2012) e Pinheiro *et al.* (2014) também identificaram que a prática do uso de escalas e métodos de terapia não farmacológicas para o alívio da dor ainda não são rotinas na maioria das UN.

Assim, evidencia-se a necessidade de aprofundar, atualizar e ampliar conhecimentos ou o estado da arte no período de 2011 a 2016, em virtude da relevância do tema, buscando subsidiar a análise de pesquisas, formação de profissionais e construção de planos de cuidados e protocolos nesta situação de saúde na área de enfermagem.

As inquietações e curiosidade sobre a temática deram origem à seguinte questão de pesquisa: Quais as produções científicas na área de enfermagem sobre a avaliação e manejo da dor do RN em nível nacional?

A partir deste questionamento, emergiu como objetivo conhecer a produção científica de enfermagem em nível nacional sobre avaliação e manejo da dor em UN no período de 2011 a 2016.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa que consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para aprofundar informações sobre um fenômeno, discutir sobre métodos e resultados de pesquisas, e promover reflexões sobre a realização de futuros estudos. Propicia organizar e sintetizar os resultados de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para a produção de conhecimentos sobre um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento para a realização de novos estudos, resultando em um saber fundamentado e uniforme para os enfermeiros realizarem uma prática clínica de qualidade (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Esta pesquisa segue o protocolo proposto por Ganong (1987) e Mendes, Silveira e Galvão (2008), contemplando as etapas: identificação do tema e questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios para inclusão/ exclusão de estudos e busca em bases de dados; definição das informações extraídas dos estudos ou coleta de dados; avaliação/ análise dos estudos; interpretação dos resultados, discussão dos principais resultados em uma pesquisa convencional e; apresentação da revisão/ síntese do conhecimento.

Na **primeira etapa**, contemplada na introdução, definiu-se a questão de pesquisa e os objetivos.

Na **segunda etapa** foram definidas as bases de dados, descritores e critérios de inclusão e exclusão para conduzir o estudo. A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para a busca de dados, foram utilizados os seguintes descritores ou palavras-chave em português, inglês e espanhol: dor/ *pain/ dolor*; unidade de terapia intensiva/ *intensive care/ unidad de cuidados intensivos*; recém-nascido/ *newborn/ recién nacido*; neonatal/ *neonate/ neonatal*; enfermagem/ *nursing/ enfermaría*; enfermeira/ *nurse/ enfermera*. Para chegar aos descritores foi utilizado o cruzamento de palavras por meio dos operadores booleanos *AND* e *OR*.

Os critérios de inclusão dos artigos foram baseados nos artigos que contivessem os descritores ou palavras-chave no resumo ou no título, publicados em português, inglês ou espanhol, disponíveis na forma

completa, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2016, realizados pela enfermagem. Os critérios de exclusão incluíram: artigos que não faziam referência ao tema, editoriais, artigos de opinião, comentários, resumos de anais, ensaios, manuais e *guidelines*, dossiês e relatos de experiências, teses e dissertações, revisões anteriores ao período estipulado.

Na **terceira etapa** definiu-se as informações extraídas dos estudos. Consistiu na coleta de dados, similar a uma pesquisa convencional, na organização das informações de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo. Os dados coletados foram armazenados em um quadro, utilizando o *Microsoft Word* e *Excel*, organizados por: autor, título, ano de produção, periódico, objetivos, natureza/ tipo de pesquisa, instrumentos de coleta, população, cenário do estudo, método de análise de dados e principais resultados do estudo.

A **quarta etapa** compreendeu a análise crítica de dados, cujos resultados poderão contribuir na prática clínica, propondo mudanças e recomendações na prática (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Nesta etapa, os autores fizeram uma análise detalhada e releitura crítica às publicações e foram definidos os estudos frente ao delineamento de pesquisa. A partir dos resultados dos artigos, foi construído um novo quadro, feita uma leitura aprofundada e identificados os principais temas que foram agrupados de acordo com a sua similaridade e convergência de ideias, dando origem às categorias.

A **quinta etapa** consistiu na discussão/ interpretação dos dados. Correspondeu à fase de discussão dos principais resultados na pesquisa convencional. O revisor, fundamentado nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos, realizou a comparação com o conhecimento teórico, identificou as limitações e implicações resultantes da revisão integrativa.

E, finalmente, a **sexta etapa** faz uma síntese do conhecimento, aponta os principais resultados, as conclusões e as recomendações para futuros estudos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontradas no total 1.234 publicações, sendo que 592 da LILACS, 410 na BDENF e 232 produções na SCIELO. Após a avaliação dos artigos, 31 atenderam os critérios de inclusão e exclusão, apresentados no Quadro 1. No que se refere às bases de dados envolvidas na pesquisa, foram encontrados 29 artigos no LILACS, 13 artigos na BDENF e 23 artigos na SCIELO. Destes, sete encontravam-se em três

bases de dados, e 19 artigos encontravam-se em duas. O período de maior publicação foi no ano de 2013 com 13 produções científicas, sendo nove da LILACS, sete na SCIELO e dois artigos na BDENF. Confira a seguir o quadro intitulado “Avaliação e manejo da dor do recém-nascido: publicações de 2011 a 2016”, com os artigos selecionados.

Quadro 1: Avaliação e manejo da dor do recém-nascido: Publicações de 2011 a 2016.

AUTOR/ ARTIGO	OBJETIVO/TIPO DO ESTUDO	INSTRUMENTO	PARTICIPANTES	ANÁLISE DE DADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
<p>CHRISTOFFEL <i>et al.</i> Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da avaliação e tratamento da dor do recém-nascido (RN). Estudo descritivo, exploratório e quantitativo. Rev. Bras. Enferm. (2016).</p>	<p>Identificar o conhecimento dos profissionais de saúde acerca da avaliação e tratamento da dor do recém-nascido (RN). Estudo descritivo, exploratório e quantitativo.</p>	<p>Questionário</p>	<p>86 profissionais: 42 auxiliares/ técnicos de enfermagem, 22 enfermeiros, 20 médicos e dois fisioterapeutas da unidade neonatal de maternidade escola do Rio de Janeiro.</p>	<p>Análise estatística descritiva e inferencial</p>	<p>Revela-se que a dor não é considerada como um sinal vital por uma parcela dos auxiliares/ técnicos de enfermagem e dos fisioterapeutas. No item avaliação da dor houve discordância entre os profissionais de saúde sobre o registro rotineiro, e o desconhecimento de escalas para avaliação da dor. Os auxiliares/ técnicos de enfermagem não solicitam medicamento para RN no pós-operatório, mesmo quando prescrito se necessário. Há um déficit de conhecimento quanto ao uso de medidas não farmacológicas no alívio da dor aguda em RN, principalmente entre os auxiliares/ técnicos de enfermagem e fisioterapeutas. Há uma preocupação em relação ao uso de analgésicos, pois parte de enfermeiros e médicos admitem que o RN não necessita de analgésicos, devido à imaturidade de seu sistema nervoso, predispondo ao subtratamento da dor na Unidade Neonatal. Conclui-se que apesar dos profissionais mostrarem conhecimento suficiente, as respostas evidenciaram lacunas na avaliação, tratamento e registros sobre a dor neonatal. Há necessidade de um programa de intervenção educativa, com a participação dos envolvidos, no processo de mudança da prática profissional para implementação de diretrizes clínicas no manejo da dor neonatal.</p>
<p>KEGLER <i>et al.</i> Manejo da dor na utilização do cateter central de inserção periférica em neonatos. Esc. Anna Nery (2016).</p>	<p>Descrever as práticas da equipe de enfermagem no manejo da dor em recém-nascidos a inserção do <i>Peripherally Inserted Central Catheter</i> (PICC) em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Estudo descritivo, exploratório e qualitativo.</p>	<p>Banco de dados de projeto sobre utilização do cateter venoso central de inserção periférica em neonatologia e entrevista semiestruturada.</p>	<p>Cinco enfermeiros e seis técnicos de enfermagem da UTIN da região central do Rio Grande do Sul.</p>	<p>Análise de conteúdo temática.</p>	<p>A equipe reconhece que a inserção do PICC é um procedimento doloroso. Sua percepção é evidenciada pela presença de choro e agitação no momento em que ocorre a punção. As justificativas para utilização de práticas analgésicas estão associadas à necessidade de acalmar o RN para sucesso na instalação do PICC, diminuir as repercussões clínicas, diminuir o estresse do profissional em vivenciar o insucesso no procedimento e/ou presenciar a sensação dolorosa do neonato. As práticas farmacológicas mais citadas foram: morfina, dipirona e paracetamol, conforme a prescrição médica. Há um recuso da equipe em utilizar a morfina, devido ao risco de apneia. Associa-se também o uso de medidas não farmacológicas: a sucção não nutritiva, a glicose 25% e o enrolamento. Os participantes enfatizam que o enrolamento propicia conforto e segurança ao RN, atribuído à limitação de espaço físico, associando ao útero materno. As terapias não farmacológicas são consideradas pela equipe uma prática segura, eficaz e adaptável ao serviço da UN. Conclui-se que</p>

AUTOR/ARTIGO	OBJETIVO/TIPO DO ESTUDO	INSTRUMENTO	PARTICIPANTES	ANÁLISE DE DADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
PINHEIRO <i>et. al.</i> Avaliação da dor do recém-nascido através da escala de Codificação Facial Neonatal durante o exame de gasometria arterial. Rev. Dor (2016)	Avaliar as respostas de dor dos recém-nascidos submetidos à gasometria arterial, por meio da escala de <i>Facial Neonatal Coding System</i> (NFCS) e comparar os parâmetros fisiológicos do RN, antes e durante a punção arterial. Estudo exploratório, descritivo transversal, quantitativo.	A partir da escala de NFCS e com o auxílio de um formulário antes e durante o procedimento.	26 RN internados na UTIN de um hospital-escola da rede pública estadual.	Análise estatística descritiva (frequência percentual).	Na avaliação, os RN apresentaram manifestações faciais, boca aberta, fronte saliente, fenda palpebral com 76,9%. Ademais, as manifestações fisiológicas: alterações da frequência cardíaca e saturação de oxigênio antes e durante a punção arterial, evidenciadas pela escala NFCS. Conclui-se que apesar de não verbalizarem, os RN conseguem demonstrar alterações que expressam a dor no momento da punção arterial.
COSTA <i>et. al.</i> Manejo clínico da dor no recém-nascido de enfermarias da unidade de terapia intensiva neonatal. Revista de Estudos Fundamentais Odont (2016).	Analisar a percepção dos enfermeiros acerca da clínica da dor no neonato na unidade de terapia intensiva neonatal. Estudo descritivo, exploratório, qualitativo.	Entrevista semiestruturada com indivíduos, perguntas abertas e fechadas.	10 enfermeiros da UTIN de Niterói.	Análise de conteúdo na modalidade temática.	As entrevistadas têm consciência de que o neonato sente dor quando submetido às práticas dos profissionais de saúde. Encontram dificuldades para identificar a dor neonatal devido à impossibilidade do recém-nascido expressar-se por comunicação oral (fala). A identificação da dor é realizada pelas expressões faciais, comportamentais e alterações fisiológicas. Conclui-se a necessidade de repensar a prática, utilizar protocolos, e escalas para avaliação da dor neonatal.
SOARES <i>et. al.</i> Dor em unidade neonatal: conhecimento, atitude e prática da equipe de enfermagem. Cogitare Enferm. (2016).	Avaliar conhecimento, atitude e prática da equipe de enfermagem, quanto ao manejo da dor no RN em UN, segundo a formação dos profissionais. Estudo	Questionário	105 profissionais de enfermagem (15 enfermeiras e 90 técnicos de enfermagem) de hospital de referência em saúde materno-infantil, em Recife.	Análise estatística no Stata 12.1.	Mais que metade das enfermeiras e técnicos de enfermagem acredita que o maior tempo de internação em UN e a maior exposição a procedimentos dolorosos não tornam o RN mais tolerante à dor. A maioria dos profissionais respondeu que a ausência de choro não significa ausência de dor. As medidas não farmacológicas para o manejo da dor mais citadas entre as enfermeiras foram: glicose 25% e sucção não-nutritiva. Pelos técnicos de enfermagem, as mais citadas foram glicose 25% e contenção do RN com lençol. Os profissionais de nível superior

AUTOR/ ARTIGO	OBJETIVO/TIPO DO ESTUDO	INSTRUMENTO	PARTICIPANTES	ANÁLISE DE DADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
COSTA; CORDEIRO. Desconforto e dor em recém-nascido: reflexões da enfermagem neonatal. Rev. Enferm. UERJ (2016).	quantitativo, avaliativo, inquérito, corte transversal. Promover um processo de reflexão junto à equipe de enfermagem sobre o manejo do desconforto e da dor em RN. Estudo qualitativo, convergente assistencial.	Grupos de reflexão. 16 profissionais de enfermagem da UTI neonatal de HU; quatro enfermeiras, nove técnicos, um auxiliar e dois acadêmicos de enfermagem.	Análise pelas etapas propostas pela PCA: apreensão, síntese e teorização.	com tempo de graduação e de atuação em UN acima de cinco anos, obtiveram maiores notas no item "Conhecimentos e práticas". Conclui-se que os profissionais que atuam com recém-nascidos necessitam de treinamento contínuo e reflexão sobre a prática profissional. Os profissionais de saúde estão preocupados com a identificação da dor, a necessidade de minimizar os estímulos ambientais, e uso de medidas não farmacológicas e farmacológicas, principalmente em procedimentos invasivos para evitar implicações no desenvolvimento neuropsicomotor do RN. Conclui-se que é importante compreender as expectativas dos profissionais participantes. Constatou-se que o grupo, através do diálogo e da reflexão-ação-reflexão, vislumbrou novas perspectivas e refletiu sobre as práticas já realizadas, pautadas em conhecimento científico, contextualizando-as como manejos apreendidos em seu cotidiano, atingindo o objetivo da investigação.	
CRUZ <i>et al.</i> Avaliação da dor de recém-nascidos durante procedimentos invasivos em terapia intensiva. Rev Dor (2016).	Avaliar a dor de RN submetidos a procedimentos invasivos por meio da aplicação de uma escala validada. Estudo quantitativo, descritivo, transversal.	Avaliação pela <i>Neonatal Infant Pain</i> (NIPS) nos procedimentos: punção venosa, aspiração orotraqueal, teste de glicemia capilar periférico, intubação, sondagem orogástrica, PICC e drenagem de tórax.	34 RN internados na UTIN de um hospital geral no Rio Grande do Sul.	Análise estatística descritiva e o <i>software</i> SPSS 17.0.	O procedimento que mais gerou dor foi a aspiração orotraqueal e/ou vias aéreas. A punção venosa foi o procedimento que teve maior pontuação de dor moderada e intensa. A glicemia capilar periférica em pré-termos causou percentuais altos de intensidade moderada a intensa, nos RN a termos provocou dor moderada. Os RN apresentaram dor intensa durante intubação orotraqueal e a passagem de inserção periférica. Conclui-se que avaliar a dor neonatal juntamente com demais sinais vitais e durante procedimentos invasivos são determinantes para proporcionar um cuidado individualizado e humanizado. O enfermeiro é um dos profissionais habilitados para a construção de protocolos de avaliação e manuseio da dor neonatal. Importante a educação permanente.
MONFRIM <i>et al.</i> Escala de avaliação da dor: percepção dos enfermeiros em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Rev. Enfer. UFSC (2015).	Conhecer a percepção de enfermeiros com relação à utilização de um instrumento para avaliação da dor em neonatos prematuros. Estudo exploratório descritivo.	Entrevista semiestruturada.	Quatro enfermeiros de UTI Pediátrica e Neonatal de Rio Grande do Sul.	Análise Temática de Minayo.	Os enfermeiros desconhecem as novas tecnologias para avaliar e mensurar a dor. As facilidades e/ou benefícios vivenciados pelos enfermeiros na aplicação de um instrumento para avaliação da dor nos prematuros estavam relacionadas: ao registro, conhecimento aprimoramento, avaliação, analgesia e participação da equipe, a avaliação concreta e fidelidade da dor do RN, com possibilidades de acompanhar a evolução do quadro alérgico. As dificuldades mencionadas foram: falta de conhecimento relacionado à influência da dor no

AUTOR/ARTIGO	OBJETIVO/TIPO DO ESTUDO	INSTRUMENTO	PARTICIPANTES	ANÁLISE DE DADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
ARAÚJO <i>et al.</i> Dor em recém-nascidos: identificação, avaliação e intervenções. Revista Brasileira de Enfermagem (2015).	Descrever as estratégias das equipes de enfermagem para a identificação, avaliação e intervenções da dor em RN internados em UTI. Estudo qualitativo, descritivo.	Questionário estruturado, previamente testado, com questões de múltipla escolha.	Dois UTIN de Feira de Santana, Bahia. Total de 62 profissionais: enfermeiros, técnicos e auxiliar de enfermagem.	Estatística descritiva, frequências simples e relativas.	A estratégia mais referida para identificação e avaliação da dor foi a observação do choro, sem utilização de escalas. A intervenção de enfermagem mais frequente para o alívio foi a solicitação de avaliação médica antes de qualquer ação. Conclui-se que a abordagem da equipe de enfermagem não é realizada de forma sistematizada e baseada em evidências científicas.
SILVA <i>et al.</i> Conhecimento das enfermeiras atuantes em unidade de terapia intensiva frente à dor no recém-nascido pré-termo. Revista Ibero-americana de Educação e Investigações em enfermarias (2015).	Verificar o conhecimento que os enfermeiros de UTIN possuem sobre a dor neonatal; verificar a aplicabilidade das escalas de avaliação da dor e medidas de alívio, a existência de educação continuada e humanizada nas dimensões do cuidar, e identificar as atitudes frente à dor do neonato. Estudo exploratório e descritivo.	Formulário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas aplicadas durante entrevista individual.	Sete enfermeiros atuantes de um universo de 13 profissionais de enfermagem que atuam nas UTIN, Hospital Santa Isabel, na cidade de Aracaju, estado de Sergipe.	Análise temática.	Os resultados foram classificados em seis categorias: "Percepção dos enfermeiros quanto à interação mãe/ RN/ família"; todos os participantes consideraram importante essa interação, favorecendo a rápida recuperação do RN prematuro. "Conceito de dor pelos enfermeiros": os enfermeiros acreditam que os RN sentem dor e é importante implementar escalas para seu alívio. "Conhecimento dos enfermeiros sobre escalas de dor em neonatos"; a maioria dos enfermeiros conhecem escalas de dor, porém seu manejo é baseado em alterações comportamentais e fisiológicas, não associados à escala. "Atitude de enfermeiros no alívio da dor no RN"; as atitudes são baseadas em ações não farmacológicas. Os pais são estimulados a participar nos cuidados através da posição canguru, colo, toque, abraço e orientação à família sobre os procedimentos realizados. "Aspectos no reconhecimento da dor no neonato pelo enfermeiro"; os aspectos mais relatados foram a mimica facial, o choro e a movimentação. "Percepção sobre a humanização"; os profissionais percebem que a humanização não está presente em seu processo de trabalho relacionado ao quantitativo de profissionais existentes. Conclui-se que os profissionais executam medidas de alívio da dor, promovem interação com a família, porém há dificuldades de implementação de protocolos que viabilizam o manejo adequado da dor e do estresse, prejudicados pelo número de

AUTOR/ ARTIGO	OBJETIVO/TIPO DO ESTUDO	INSTRUMENTO	PARTICIPANTES	ANÁLISE DE DADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
<p>BOTTEGA <i>et al.</i> Avaliação em neonatos e crianças em terapia intensiva. Revista de pesquisa: cuidado fundamental online (2014).</p>	<p>Conhecer ações da equipe de enfermagem referentes à avaliação da dor em neonatos e crianças durante o processo de hospitalização em terapia intensiva. Estudo descritivo, com abordagem qualitativa.</p>	<p>Entrevista aberta, gravada e transcrita na íntegra.</p>	<p>16 profissionais de enfermagem: quatro enfermeiros e 12 técnicos em enfermagem de UTI Neonatal do Rio Pedra Grande do Sul.</p>	<p>Análise de conteúdo.</p>	<p>funcionários insuficientes, sobrecarga de trabalho e falta de tempo. A dor é percebida mediante alterações comportamentais e fisiológicas dos neonatos e crianças e, dentre as alterações comportamentais e fisiológicas, destacam-se: o choro, a expressão facial, a resposta motora, irritabilidade e as alterações de sinais vitais. Para o alívio da dor, os entrevistados referiram medidas farmacológicas mediante prescrição médica e medidas não farmacológicas, acolhimento no leite, sucção não nutritiva, colo materno. Conclui-se que o estudo mostra a existência de barreiras para o efetivo tratamento da dor em terapia intensiva neonatal e pediátrica, dentre as quais: a não padronização de um método para avaliação (escala validada) e de medidas não farmacológicas para o controle da dor. Considera-se importante a formação destes profissionais acerca dos parâmetros para a identificação, avaliação e tratamento da dor em crianças internadas neste espaço.</p>
<p>AYMAR <i>et al.</i> Avaliação e manejo da dor na UTI neonatal: análise de uma intervenção educativa para os profissionais de saúde. J. Pediatr. (2014).</p>	<p>Conhecer a percepção de uma equipe de terapia intensiva neonatal sobre a avaliação e o manejo da dor antes e após uma intervenção educativa construída e implementada na unidade. Pesquisa quanti-qualitativa. Estudo quantitativo transversal, qualitativo por Pesquisa-ação, através de um grupo operativo (GO).</p>	<p>Formulário e questionário com as variáveis, grupo operativo (Arco de Maguerez), Questionário inicial.</p>	<p>70 profissionais: 41 de nível superior e 29 de nível médio entre médicos, fisioterapeutas e enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem de uma UTI de Pernambuco.</p>	<p>Codificação e processamento em dupla entrada e a validação utilizando o <i>software</i> Epi-Info 6.04d e para a análise estatística, o <i>software</i> Stata/SE 12.0.</p>	<p>Há diferenças significativas antes e após a realização da prática educativa. Houve o aumento da frequência de avaliação e do uso de métodos para alívio da dor durante os procedimentos. Conclui-se que os profissionais envolvidos na intervenção educativa perceberam mudanças no manejo da dor e relacionaram as estratégias definidas e implementadas pelo grupo operativo.</p>
<p>AMARAL <i>et al.</i> Equipe de enfermagem diante da dor do recém-nascido pré-termo.</p>	<p>Caracterizar a equipe de enfermagem do berçário e UTIN segundo dados sociodemográficos e</p>	<p>Instrumento com questões sociodemográficas e profissionais, dados referentes à</p>	<p>42 profissionais, 33 técnicos e nove enfermeiros em</p>	<p>Análise descritiva, com frequências absolutas e percentuais representados em</p>	<p>100% dos profissionais de enfermagem acreditam na capacidade do RN de sentir dor. Apenas cinco enfermeiras e 26 técnicos de enfermagem responderam utilizar algum tipo de escala para avaliar a dor. A escala NIPS foi a mais citada, seguida de avaliação das faces. Quatro profissionais não</p>

AUTOR/ ARTIGO	OBJETIVO/TIPO DO ESTUDO	INSTRUMENTO	PARTICIPANTES	ANÁLISE DE DADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Esc. Anna Nery (2014).	Identificar as formas de avaliação, tipos de procedimentos que podem gerar dor e o manejo desta em RNPT. Estudo quantitativo descritivo exploratório.	Identificação e alívio da dor e quanto à conduta profissional diante da dor do recém-nascido pré-termo.	Intermediário (UTIN) em Minas Gerais.	tabelas.	Especificaram escalas. A identificação da dor por meio de alteração de sinais apresentados pelo RNPT: a fase, o choro, a frequência cardíaca. A conduta não farmacológica de posicionamento/ manuseio do RN foi a mais mencionada, seguida da sucção não nutritiva, enrolamento e diminuição de ruídos e luminosidade. Após a intervenção para o alívio da dor e do desconforto, os entrevistados realizaram avaliação do RNPT e utilizaram parâmetros como a mímica facial e diminuição do choro para avaliar a eficácia da intervenção. Consideraram a punção venosa e a manipulação excessiva/reposicionamento, os procedimentos mais dolorosos realizados nos RN. Concluiu-se que a equipe de enfermagem acredita na capacidade do recém-nascido de sentir dor, porém há necessidade de capacitação dos profissionais sobre o tema.
CORDEIRO; COSTA. Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem. Texto contexto – Enferm. (2014).	Construir, em conjunto com a equipe de enfermagem, uma proposta de protocolo de cuidados, baseada nos métodos não farmacológicos, para o manejo do desconforto e da dor no RN internado em UTIN. Estudo qualitativo modalidade Convergente Assistencial (PCA).	Grupo de reflexão com base no processo educativo de Paulo Freire e duas acadêmicas de enfermagem da UTIN neonatal de Hospital Charlez Maguerez e observação participante.	Quatro enfermeiras, nove técnicos, uma auxiliar e duas acadêmicas de enfermagem de Hospital de Santa Catarina.	Análise pelos passos da PCA: apreensão, síntese, teorização e transferência.	A construção coletiva de um protocolo de cuidados no manejo do desconforto e da dor do recém-nascido possibilitou à equipe de enfermagem socializar ideias e experiências, provocando reflexão sobre a prática e modificações na maneira de pensar e agir do grupo.
WIECZORKIEWICZ et al. Percepção do enfermeiro em relação à utilização de escalas de avaliação de dor em recém-nascidos. Saúde e Meio ambiente (2013).	Identificar a percepção do enfermeiro em relação às escalas de avaliação de dor em recém-nascidos. Estudo qualitativo.	1ª etapa: roteiro semiestruturado; 2ª etapa: aplicação de escalas de avaliação da dor; 3ª etapa: questionário com questões abertas sobre a experiência do uso de escalas.	Quatro enfermeiros de uma UTIN de Santa Catarina.	Não descreve.	Os respondentes nunca tiveram contato mínimo com as escalas para avaliação da dor. Foram oferecidas as três escalas de dor pré-definidas: NEMS, NIPS e Escala de Avaliação de dor no Recém-nascido (EDRN). Apenas um dos quatro respondentes não encontrou dificuldades na aplicação das escalas. As dificuldades encontradas foram: interpretação de alguns aspectos avaliados, tempo disponível e sensibilização dos médicos na intervenção para o controle da dor. Quanto às facilidades na aplicação das escalas, apenas um sujeito não

AUTOR/ ARTIGO	OBJETIVO/TIPO DO ESTUDO	INSTRUMENTO	PARTICIPANTES	ANÁLISE DE DADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
CAETANO <i>et al.</i> O recém-nascido com dor: atuação da equipe de enfermagem. Esc. Anna Nery (2013).	Descrever as formas de avaliação de dor do recém-nascido utilizadas pela equipe de enfermagem e analisar a prática da enfermagem quanto ao manejo da dor do neonato. Estudo quantitativo descritivo, exploratório e transversal.	Formulário semiestruturado.	42 profissionais de enfermagem de três hospitais em Minas Gerais. Dentre eles: 14 enfermeiros, 18 técnicos e 10 auxiliares de enfermagem.	Análise estatística por <i>software</i> <i>Statistical Package for the Social Science</i> (SPSS), versão 15.0, usando estatística descritiva e teste de correlação.	encontrou facilidades. Todos os sujeitos concordam que as escalas são um meio confiável, diferenciando-se as justificativas dadas. Sobre a viabilidade do uso no serviço, toda a amostra concordou que as escalas de avaliação de dor são possíveis de serem implantadas no seu ambiente de trabalho, inclusive fazem sugestões: deixar uma cópia plastificada em cada leito e colocar a dor como quinto sinal vital. Conclui-se que os participantes acreditam que as escalas são confiáveis no diagnóstico de dor e viáveis para o serviço, desde que haja padronização de escala para o serviço e que a equipe seja sensibilizada. A NIPS é a escala que melhor se adequa ao perfil do serviço, segundo os participantes.
TASSINARY, HAHN. Intervenções de enfermagem para o alívio da dor em recém-nascidos. <i>Pediatrics Moderna</i> (2013).	Conhecer as intervenções não farmacológicas realizadas pela equipe de enfermagem para o alívio da dor em recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal. Estudo qualitativo, exploratório, convergente assistencial (PCA).	Entrevista observação participante.	12 profissionais: quatro enfermeiros e oito técnicos de enfermagem de cada turno de trabalho da UTI Neo-Pediátrica do Rio Grande do Sul.	Análise de conteúdo de Bardin.	Os profissionais demonstraram serem conhecedores do assunto dor. A equipe de enfermagem pesquisada realiza a avaliação da dor através da escala NIPS. Entretanto, foi observado que em alguns turnos os profissionais não a aplicavam. Para alívio da dor os métodos não farmacológicos mais enfatizados foram: sucção não nutritiva, sacosac, contenção de movimentos, evitar luz excessiva, protegendo a incubadora e evitar ruídos e barulhos desnecessários. Vários profissionais mencionaram a troca de decúbito e a utilização de bolas de água quente para minimizar a dor; sendo ambos realizados após avaliação do RN pela enfermeira. Concluiu-se que os profissionais utilizam a escala NIPS e a partir dela utilizam métodos não farmacológicos para alívio da dor.

AUTOR/ARTIGO	OBJETIVO/TIPO DO ESTUDO	INSTRUMENTO	PARTICIPANTES	ANÁLISE DE DADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
MENDES <i>et al.</i> A dor no recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. <i>Rev. Enferm UFPE online</i> (2013).	Identificar as condutas realizadas pelas técnicas de enfermagem frente ao recém-nascido com dor em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Estudo quantitativo exploratório descritivo.	Entrevista semiestruturada com questões objetivas.	25 técnicas de enfermagem de unidade neonatal do Ceará.	Análise estatística (frequência percentual).	Os sinais indicativos de dor identificados foram: os gestos faciais do RN, o choro, a irritação do RN, os movimentos corporais, os episódios de taquicardia e a hipossaturação. Os procedimentos considerados mais dolorosos pelas técnicas de enfermagem foram: punções venosas, capilares, arteriais ou lombares. Os cuidados mais relacionados pelos profissionais na prevenção de dor do RN foram: a sucção não nutritiva com gaze e leite materno ou com glicosé, agasalhar o RN, mudança de decúbito, manuseio delicado, agrupar cuidados, promover o atendimento humanizado e penumbra no ambiente hospitalar. Quando detectada presença de dor, observe-se como respostas: contatar enfermeira ou médico, oferecer sucção não nutritiva, realizar manuseio mínimo, passar medicação tópica nos locais de punção, aconchegar e conversar com o RN. Conclui-se que os entrevistados compreendem que os recém-nascidos reagem à dor e necessitam por parte da equipe de intervenções preventivas e atenuantes.
ALVES <i>et al.</i> Dor neonatal. A percepção da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal. <i>Revista Cuidarte</i> (2013).	Discutir a percepção da equipe de enfermagem em relação à dor do neonato, identificando as intervenções desses profissionais frente ao recém-nascido com dor. Estudo qualitativo.	Entrevista semiestruturada com perguntas abertas e fechadas. A primeira parte buscou caracterizar os sujeitos da pesquisa e a segunda parte questões relativas à dor neonatal.	12 participantes entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem de uma UTIN de Minas Gerais.	Análise de interpretação dentro de abordagem qualitativa sem explicitá-la. Exploração de opiniões e representações sociais sobre o tema.	A totalidade respondeu que acredita na capacidade do RN em sentir dor. As características comportamentais mais citadas foram: choro, agitação, olhos espremidos, fronte saliente e tremor do queixo. O uso de escalas não é realizado no local de pesquisa. As causas da dor do RN descritas foram: punções venosas, punção lombar, intubação e procedimentos cirúrgicos. Os procedimentos não invasivos citados que podem causar dor foram: o processo adaptativo, a manipulação excessiva e a separação mãe-filho. A maioria dos entrevistados citou a prescrição médica como estratégia mais utilizada para o alívio. Outras estratégias menos referidas foram: sacos de sucção não nutritiva e aconchego e posicionamento no leito e luvinha quente. Conclui-se que a utilização de escalas da dor não é uma realidade. Os profissionais vinculam o tratamento à prescrição médica. Há necessidade de programas de educação permanente.
ROCHA <i>et al.</i> Avaliação da dor por enfermeiros em unidade de terapia intensiva neonatal. <i>Cienc. Cuid. Saúde</i> (2013).	Identificar as facilidades e dificuldades dos enfermeiros no que concerne ao uso de instrumentos para avaliar a dor em	Entrevista semiestruturada.	Nove enfermeiras de duas UTIN públicas e privadas de São Paulo.	Análise de discurso do sujeito coletivo.	As dificuldades encontradas foram: resistência ao uso do instrumento de avaliação da dor e problemas em indicar o parâmetro necessário para prescrição analgésica. As facilidades encontradas foram: utilização padronizada e embasada cientificamente de um instrumento para avaliação da dor; possibilidade de relacionar o escore da dor com a necessidade de utilizar terapia farmacológica ou não farmacológica.

AUTOR/ ARTIGO	OBJETIVO/TIPO DO ESTUDO	INSTRUMENTO	PARTICIPANTES	ANÁLISE DE DADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
RIBEIRO <i>et al.</i> O leite humano no alívio da dor neonatal no exame de fundo de olho. Rev. Esc. Enferm. USP (2013).	neonatos internados em unidade de terapia intensiva neonatal. Estudo qualitativo descritivo e exploratório.	Prontuários, imagens filmadas, laboratorial de cortisol salivar.	14 RNPT onde nove receberam sacarose e cinco receberam leite humano, em uma UTIN de São Paulo.	Variáveis quantitativas: estatística descritiva. Variáveis qualitativas: categorias: distribuição das frequências.	Conclui-se a necessidade de educação permanente da equipe multidisciplinar. Entre 14 RNPT, oito eram do sexo masculino e seis do sexo feminino igualmente distribuídos entre os grupos de sacarose e de leite humano. A frequência cardíaca teve variação entre os períodos da fase da coleta, sendo maior na fase do procedimento em relação à fase basal e à de recuperação. Porém não houve diferença entre os grupos nas três fases da coleta, independente da solução administrada. O tempo do choro foi maior na fase de procedimento e não houve diferença entre os grupos. Conclui-se que o leite humano parece ser tão efetivo quanto à sacarose no alívio da dor aguda. É necessária a realização de estudos experimentais com maior poder amostral para fortalecer as evidências encontradas.
ANTUNES; NASCIMENTO. A sucção não nutritiva do recém-nascido prematuro como uma tecnologia de enfermagem. Rev. Bras. Enferm. (2013).	Demonstrar que o uso da sucção não nutritiva pela equipe de enfermagem é efetivo no manejo da dor durante a instalação do <i>Continuous Positive Airway Pressure</i> (CPAP) em recém-nascidos prematuros (RNPT); demonstrar que o uso da sucção não nutritiva, concomitantemente à instalação do CPAP nasal, pode ser considerado uma tecnologia de enfermagem. Estudo experimental	Observação sistemática e não participativa a partir de variáveis comportamentais e fisiológicas da escala de NIPS.	20 RNPT durante a instalação ou reinstalação do CPAP nasal, totalizando 30 procedimentos no Rio de Janeiro.	Estudo experimental quantitativo durante a instalação/reinstalação do CPAP nasal, sob sucção não nutritiva ou sem ela.	Em 100% dos procedimentos concomitantes com a sucção não nutritiva os recém-nascidos não sentiram dor. Conclui-se que o procedimento pode ser classificado como uma tecnologia do cuidado em enfermagem.

AUTOR/ ARTIGO	OBJETIVO TIPO DO ESTUDO	INSTRUMENTO	PARTICIPANTES	ANÁLISE DE DADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
COSTA, <i>et al.</i> Analgésia e sedação durante a instalação do cateter central de inserção peritêrica em neonatos. <i>Rev. Esc. Enferm. USP</i> (2013).	Caracterizar estratégias de analgesia e sedação em neonatos submetidos à instalação do PICC e relacioná-las à frequência de punções venosas, duração do procedimento e posicionamento da ponta do cateter. Estudo quantitativo transversal com coleta prospectivo de dados.	Formulário próprio com as variáveis de interesse do estudo.	Registros do prontuário e do impresso institucional denominado formulário de controle do PICC, em uma UTIN de São Paulo.	Analisados no <i>System for Windows 9.0</i> . As variáveis contínuas foram analisadas com estatística descritiva e as categóricas, por meio de frequência absoluta e relativa.	A adoção de estratégias analgésicas ou sedativas ocorreu em 88 instalações de cateter e não esteve relacionada ao número de punções venosas, duração do procedimento, ou posicionamento da ponta do cateter. As estratégias mais frequentes foram: administração de midazolam e fentanil. Conclui-se que há necessidade de maior adoção de estratégias analgésicas antes, durante e após o procedimento.
SANTOS <i>et al.</i> , Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva. <i>Rev. Brs. Enferm.</i> (2012)	Analisar o processo de identificação da dor no prematuro pela equipe multiprofissional da UTIN de um hospital público de uma cidade do interior da Bahia. Estudo descritivo, transversal quantitativo.	Entrevistas estruturadas.	24 profissionais: cinco enfermeiras, dois médicos neonatologistas, 14 técnicos de enfermagem e três fisioterapeutas da UTIN da Bahia.	Análise estatística <i>Statistical Package for Social Sciences</i> (SPSS) 15.0. As variáveis categóricas foram expressas por percentual e valor absoluto.	100% dos entrevistados acreditam que o recém-nascido sente dor. 83,3% reconhece a dor como quinto sinal vital, 38,4% não conhecem escalas, 70,8% não as utilizavam e destacaram sinais fisiológicos e comportamentais como sugestivos à dor. Conclui-se que a avaliação da dor ocorre de maneira não sistematizada. É necessária uma educação permanente da equipe multiprofissional para construção de um protocolo assistencial com evidência científica.
SANTOS; RIBEIRO; SANTANA Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. <i>Rev. Brs.</i>	Avaliação e intervenção no processo doloroso em RNPT realizadas pela equipe de enfermagem de um hospital público da Bahia. Estudo descritivo qualitativo.	Entrevista semiestruturada.	10 participantes da equipe de enfermagem: cinco enfermeiras e cinco técnicas de enfermagem de uma UTIN da Bahia.	Análise de conteúdo de Bardin.	Os parâmetros indicativos de dor mais utilizados foram o choro e a expressão facial, parâmetros subjetivos. As medidas não farmacológicas são empregadas de maneira não sistematizadas, tais como: a contenção, a diminuição do barulho e do excesso de luz da UTIN, a mudança de decúbito, o toque, a sucção não nutritiva e a sacarose. Conclui-se que a equipe de enfermagem identifica a dor de forma não sistematizada, sendo a avaliação subjetiva. As condutas realizadas são condizentes com a literatura. Sugere-se a elaboração e a implementação de

AUTOR/ ARTIGO	OBJETIVO/TIPO DO ESTUDO	INSTRUMENTO	PARTICIPANTES	ANÁLISE DE DADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
<p>Enfêrm. (2012).</p> <p>SANTOS; KUSAHARA; PEDREIRA. de Vivências enfermeiras intensivistas na avaliação e intervenção para alívio da dor na criança. Rev. Esc. USP Enfêrm. (2012).</p>	<p>Conhecer a vivência de enfermeiros que cuidam de crianças e neonatos gravemente enfermos, no que tange à avaliação e intervenção para alívio da dor, identificando os grupos de interesse e as questões referentes ao sistema de prestação de assistência que possam comprometer a prática da enfermagem e a segurança do paciente. Estudo quantitativo <i>survey</i> descritivo.</p>	<p>Questionário que possuía grupos de assertivas sobre o fenômeno doloroso pela escala Likert.</p>	<p>109 enfermeiros que estavam presentes no II Simpósio Internacional de Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais em São Paulo.</p>	<p>Estadística descritiva dos dados.</p>	<p>protocolos assistenciais e a avaliação do processo doloroso juntamente com os demais sinais vitais.</p> <p>A maior parte dos participantes descreveu que a avaliação não é atividade rotineira no local onde trabalha. Relata não receber treinamentos frequentes e não contar com número adequado de profissionais de enfermagem para realizar as avaliações. Os entrevistados afirmam que a analgesia não é realizada com base em evidência científica. A dipirona é o medicamento mais prescrito para dor e os métodos não farmacológicos são bem aceitos na prática. Discordam que a analgesia sempre seja realizada antes de procedimentos invasivos, mas concordam que o uso de analgesia complementar em procedimentos dolorosos seja necessário. A maioria dos entrevistados considera que, às vezes, raramente ou nunca, técnicos e auxiliares de enfermagem avaliam e comunicam os resultados esperados, e que os profissionais comunicam na passagem de plantão a avaliação de dor e medidas de alívio adotadas no seu local de trabalho. Conclui-se que a maioria dos enfermeiros valorizam a avaliação e intervenção para o alívio da dor em crianças, mas descrevem aspectos que comprometem a prática baseada em evidência científica: falta de colaboração, falta de definição de processos, falta de educação formal e contínua e de infraestrutura.</p>
<p>PACHECO <i>et al.</i> O cuidado pelo enfermeiro ao recém-nascido prematuro frente à punção venosa. Rev. UERJ Enfêrm. (2012).</p>	<p>Descrever de que forma o enfermeiro realiza os cuidados para minimizar a dor antes, durante e após a punção venosa em recém-nascidos prematuros. Estudo qualitativo.</p>	<p>Entrevista semiestruturada.</p>	<p>12 enfermeiros que cuidaram diretamente do RNPT em situação de punção venosa de UTI neonatal de um HU, no município do Rio de Janeiro.</p>	<p>Análise de conteúdo descrita por Bardin.</p>	<p>Os cuidados prestados pelos enfermeiros frente à realização da punção venosa foram: sucção, glicose, analgesia, posicionamento, contenção, organização, acalento, aconchego, e manuseio de forma cuidadosa. Conclui-se que estes profissionais entendem que estes cuidados minimizam a dor neste momento. Observa-se que essas medidas não foram uniformes, sendo fundamental a criação de protocolos que padronizem as medidas para alívio e prevenção da dor ao RNPT no processo de punção venosa, uma vez que é direito do RNPT não sentir dor.</p>
<p>SANTOS <i>et al.</i> Sinais sugestivos de dor durante a punção venosa periférica em prematuros. Rev. UFSM Enfêrm. (2012).</p>	<p>Identificar os sinais sugestivos de dor em recém-nascidos prematuros de uma unidade de UTIN do interior da Bahia durante a RN e o quantitativo</p>	<p>Formulário que foi dividido em duas partes. A primeira parte inclui informações sobre o RN e o quantitativo</p>	<p>26 RN da UTIN da Bahia.</p>	<p>Análise estatística utilizando o teste do Qui-quadrado de Pearson, e o Teste Exato de Fisher.</p>	<p>Os sinais sugestivos de dor foram: face contraída, choro, braços e pernas flácidos e padrão respiratório alterado. Conclui-se que a avaliação e manejo da dor devem ser vistos como foco do cuidado integral da enfermagem. O cuidado de enfermagem deverá focalizar em medidas que possam reduzir as intragensias e o impacto que o processo doloroso provoca no neonato em</p>

AUTOR/ ANILHO (2012).	OBJETIVO/TIPO DO ESTUDO	INSTRUMENTO	PARTICIPANTES	ANÁLISE DE DADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
<p>OLIVEIRA <i>et al.</i> Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. <i>Esc.</i> <i>Anna Nery</i> (2011).</p>	<p>Identificar se os profissionais de enfermagem atuantes nas UTIN de Fortaleza, estado do Ceará, implementam medidas para o alívio da dor em neonatos; caracterizar as medidas utilizadas e a frequência com que são aplicadas e as justificativas atribuídas para esta aplicação na prática. Estudo descritivo, transversal quantitativo.</p>	<p>de punções venosas. A segunda parte sinais sugestivos de dor com base na escala de NIPS. Estudo descritivo e quantitativo.</p> <p>Formulário com questões referentes à identificação dos entrevistados e à dor no neonato.</p>	<p>180 profissionais de enfermagem: 45 técnicas e 74 auxiliares de enfermagem de quatro UTIN do Ceará.</p>	<p>Estatística descritiva simples e apresentados em tabelas.</p>	<p>Os dados foram analisados quantitativamente.</p>
<p>GESTEIRA <i>et al.</i> Avaliação da dor neonatal e os métodos não- farmacológicos utilizados pelos enfermeiros em uma UTI neonatal. <i>Rev.</i> <i>Enferm. UFPE</i> <i>online</i> (2011).</p>	<p>Identificar como os enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) reconhecem os sinais da dor no recém-nascido e os métodos não farmacológicos utilizados em suas práticas profissionais Estudo exploratório descritivo, quantitativo.</p>	<p>Questionário semiestruturado em duas partes: a primeira com informações sociodemográficas e a segunda com parâmetros para avaliação da dor e os métodos não farmacológicos aplicados na prática.</p>	<p>12 enfermeiros na UTIN de um Hospital em São Paulo.</p>	<p>Os dados foram analisados quantitativamente.</p>	<p>Todos os enfermeiros utilizam a escala NIPS e avaliam alguns sinais por meio de observação de sinais vitais, choro e expressão facial. As medidas não farmacológicas mais aplicadas foram sucção não nutritiva e uso de sacos. Conclui-se que é necessário atualizar os enfermeiros que atuam em UTIN, a fim de que outras escalas sejam validadas e que possam efetivamente contemplar a integralidade do cuidado neonatal. Além disso, outros métodos não farmacológicos foram pouco mencionados. Seria pertinente estudá-los separadamente e avaliá-los durante a assistência de enfermagem ao recém-nascido para que sejam também corroborados pela equipe.</p>

AUTOR/ ARTIGO	OBJETIVO/TIPO DO ESTUDO	INSTRUMENTO	PARTICIPANTES	ANÁLISE DE DADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
LELIS <i>et al.</i> Cuidado humanístico e a percepções de enfermagem diante da dor do recém-nascido. Esc. Anna Nery (2011).	Aprender o significado do cuidado oferecido pelo enfermeiro ao recém-nascido em procedimentos dolorosos e conhecer as intervenções realizadas pelos enfermeiros para amenizar a dor do recém-nascido. Estudo descritivo, qualitativo, nortado pela Teoria de Humanística Paterson e Zderad.	Aproximação com o cenário pela observação e conversas informais com os enfermeiros. Entrevista com questionário.	10 enfermeiros atuantes na UTIN de um hospital público de Ceará.	Segue os passos da análise temática-fenomenológica. Foi interpretado a luz dos pressupostos da Teoria Humanística de Enfermagem.	As enfermeiras consideraram o cuidado de enfermagem referente à dor como uma ferramenta para exercer sua profissão e que deveria ser desempenhado com amor, dedicação, sensibilidade, respeito, responsabilidade, com a finalidade de promover conforto e segurança para atender as necessidades do cliente. Destacaram a importância do preparo profissional, devendo fazer parte do processo de cuidado do enfermeiro. O cuidado de enfermagem em situação dolorosa abrange atenção individualizada ao RN, adequação do ambiente, técnicas de manuseio, estimulação sensorial positiva através do contato pele a pele, mantendo a vigilância quanto aos sinais de risco. As intervenções de enfermagem realizadas pelos enfermeiros para o alívio da dor, foram: oferta de glicose na gaze, sucção não nutritiva, ambiente tranquilo, organização do RN antes e após o procedimento doloroso, aconchego, conforto e toque. Nenhuma medida farmacológica foi citada pelas enfermeiras. Conclui-se que ainda persiste a dificuldade para realização de práticas humanísticas em ambientes como o da UTIN.

Fonte: Elaborado pela Autora com base na revisão integrativa (2016).

Do total de 31 artigos encontrados, 16 pesquisas são do tipo quantitativo, 14 qualitativos e apenas uma pesquisa é quanti-qualitativa. Das pesquisas quantitativas, predominaram os estudos descritivos exploratórios com quatro publicações, três estudos do tipo descritivo transversal e dois estudos do tipo descritivo transversal e apenas descritivos. Nas 14 pesquisas qualitativas predominaram os estudos descritivos exploratórios com cinco publicações, seguidos de três artigos do tipo Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) e duas pesquisas descritivas.

No que se refere aos locais de pesquisa, foram realizados o maior número de artigos nos estados de Rio Grande do Sul e São Paulo com cinco estudos cada um. Nos estados de Rio de Janeiro e Bahia foram produzidos quatro artigos em cada um e em Santa Catarina foram encontrados três artigos.

Em relação ao tipo de instrumento de coleta de dados, houve 10 produções do tipo entrevista, destacando-se as semiestruturadas, seguidas de sete estudos que utilizaram a técnica de questionários estruturados. Foram encontrados quatro estudos que utilizaram a escala de avaliação da dor como formulário de coleta de dados, sendo as escalas de *Neonatal Facial Coding System* (NFCS) e *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS) as mais utilizadas. Também se destacaram estudos que utilizaram estratégias de grupo operativo e reflexivo, sendo que três artigos aplicaram o Arco de Charlez Maguerez.

Em relação à análise de dados, as principais modalidades foram a análise de dados estatísticos e a análise de conteúdo. A análise estatística esteve presente em 16 artigos com destaque para o uso de análise estatística descritiva, enquanto a análise de conteúdo esteve presente em seis artigos. A análise da PCA foi utilizada em dois estudos e outro estudo apresentou a análise fenomenológica com a teoria de Parteson e Zderard.

De acordo com o Quadro 1, entre os 31 estudos selecionados, três artigos envolveram profissionais de diversas áreas, totalizando 70 profissionais, entre eles: enfermagem, médicos e fisioterapeutas. As pesquisas que envolveram apenas a equipe de enfermagem foram 11 artigos, totalizando 476 participantes, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e um acadêmico de enfermagem. Uma das pesquisas utilizou como participantes apenas os técnicos de enfermagem, totalizando 25 participantes. Houve apenas uma pesquisa que envolveu 27 RN internados na UN e 27 profissionais de enfermagem de forma concomitante e outros cinco que envolveram apenas os RN, totalizando 120 RN. Do total de artigos, 14 envolveram apenas enfermeiros, englobando 1126 enfermeiros de diversas UN. Apenas um artigo abordou

a validação de instrumento para avaliação da dor, através de 122 avaliações de profissionais enfermeiros, psicólogos e profissionais da metodologia.

Dos estudos selecionados, cinco publicações abordaram aspectos específicos sobre manejo da dor, entre eles: práticas para o alívio da dor em procedimento de *Peripherally Inserted Central Venous Catheter* (PICC); efetividade do leite humano durante o exame de fundo de olho, a sucção não nutritiva como tecnologia de enfermagem para o alívio de dor durante a instalação de *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) e pesquisas que envolveram as práticas para o alívio da dor em UN (CORDEIRO; COSTA, 2014; MENDES *et al.*, 2013; TASSINARY; HAHN, 2013). Estes artigos abordaram diversos temas sobre: os aspectos fisiológicos, apresentados pelos RN, durante o procedimento doloroso (PINHEIRO *et al.*, 2016); e as formas de identificação da dor pelos profissionais de saúde que atuam em UN (COSTA; CORDEIRO, 2016; CRUZ *et al.*, 2016; MONFRIM *et al.*, 2015). Do total de artigos selecionados, 20 deles envolveram a avaliação e manejo da dor neonatal, entre eles: Araújo *et al.* (2015); Christoffel *et al.* (2016); Gesteira *et al.* (2011); Silva *et al.* (2015) e Soares *et al.* (2016).

Os principais resultados foram analisados e classificados nas categorias seguintes: percepção e avaliação da dor, manejo da dor neonatal; limitações e facilidades na avaliação e manejo da dor e o papel da enfermagem diante da dor neonatal.

PERCEPÇÕES E AVALIAÇÃO DA DOR

A) PERCEPÇÃO DA DOR

Os enfermeiros da UN de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro concordam que os RN sentem dor. Referem que a partir da 24ª semana o RN já possui terminações nervosas capazes de experimentar sensações dolorosas. Esta percepção estava relacionada com o tempo de experiência profissional e o nível de escolaridade dos entrevistados (CHRISTOFFEL *et al.*, 2016).

Atualmente os profissionais reconhecem, identificam os procedimentos que geram sensações dolorosas nos RN e preocupam-se em utilizar estratégias para minimizar os efeitos deletérios da dor (ARAÚJO *et al.*, 2015; COSTA; CORDEIRO, 2016), que possam auxiliar na recuperação, no tratamento e no prognóstico geral do caso.

Em relação à tolerância à dor, um estudo envolvendo 105 profissionais de enfermagem, 15 enfermeiras e 90 técnicos em enfermagem, apontou que 53,3% dos enfermeiros e 67,8% técnicos de

enfermagem acreditam que o maior tempo de internação na UN e a maior exposição a procedimentos dolorosos não tornam o RN mais tolerante à dor. Sendo que 90% –entre 14 enfermeiros e 86 técnicos de enfermagem – acreditam que é importante tratar a dor neonatal (SOARES *et al.*, 2016).

A maioria dos profissionais que atuam em UN considera que os neonatos sentem dor, mesmo com as fibras não mielinizadas completamente (ALVES *et al.*, 2013; ARAÚJO *et al.*, 2015; CAETANO *et al.*, 2013; COSTA *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2012; TASSINARY; HAHN, 2013). Destacam-se o choro, as expressões faciais e comportamentais como as maiores características na identificação e avaliação da dor neonatal (SANTOS; RIBEIRO; SANTANA, 2012; SANTOS *et al.*, 2012a; SANTOS, KUSAHARA; PEDREIRA, 2012; SILVA *et al.*, 2015).

Os autores Santos, Ribeiro e Santana (2012) constataram que o processo de reconhecimento da dor nos neonatos prematuros, em seu referido local de estudo, vem ocorrendo de maneira individualizada e não sistematizada, mas embasada em valores de formação profissional, o que pode ter repercussão clínica e propiciar a ocorrência de iatrogenias no cuidado, infringindo os princípios da segurança do paciente. Pesquisa em Minas Gerais com 42 profissionais de enfermagem em três hospitais, totalizando 14 enfermeiros, 18 técnicos e 10 auxiliares de enfermagem, 20 destes profissionais afirmam que a dor do RNPT é igual à do recém-nascido a termo (RNT), seis dos enfermeiros e 14 dos técnicos de enfermagem acreditam que a dor seja diferente. Dentre esses profissionais, quatro dos enfermeiros e 14 dos técnicos de enfermagem afirmam que a dor neonatal é mais intensa no RNPT (CAETANO *et al.*, 2013).

Mais que metade das enfermeiras e técnicos de enfermagem acredita que o maior tempo de internação em UN e a maior exposição a procedimentos dolorosos não tornam o RN mais tolerante à dor (SOARES *et al.*, 2016).

Apesar de os profissionais de saúde reconhecerem a importância do manejo da dor, as pesquisas indicam que a sua avaliação ainda não é considerada como quinto sinal vital em diversas UN (CHRISTOFFEL *et al.*, 2016; SANTOS; KUSAHARA; PEDREIRA, 2012).

A equipe de enfermagem, que participou do estudo de Santos, Ribeiro e Santana (2012), apesar de reconhecer a importância de avaliação da dor nos RNPT internados na UTIN, não tem uma política setorial que vislumbre a dor como um dos parâmetros vitais a serem avaliados segundo o protocolo do serviço.

Já em uma UN em Feira de Santana, estado da Bahia, com 24

participantes, evidenciou-se que 83,3% destes consideravam a dor como o quinto sinal vital a ser reconhecido no RNPT (SANTOS *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2012a).

O não reconhecimento da dor como uma variável vital a ser avaliada na prática clínica diária é preocupante, pois pode revelar o manejo inadequado no cuidado ao prematuro. Haja vista a possibilidade frequente de procedimentos invasivos serem realizados sem os manejos necessários para o alívio do processo doloroso (SANTOS *et al.*, 2012a).

Desta forma, a avaliação da dor deve ser realizada como rotina diária, preferencialmente associada à verificação dos sinais vitais, devendo ser considerada o quinto sinal vital (SANTOS; RIBEIRO; SANTANA, 2012).

B) AVALIAÇÃO DA DOR

A somatória da capacitação/ formação, tempo de atuação, as crenças e valores dos profissionais são fatores que influenciam na avaliação da dor pelo profissional de saúde (ALVES *et al.*, 2013; SOARES *et al.*, 2016), dado que também foi ratificado por Santos; Kusahara e Pedreira (2012).

Em um estudo no qual participaram 42 auxiliares/ técnicos de enfermagem, 22 enfermeiros, 20 médicos e dois fisioterapeutas, a necessidade da avaliação da dor no RN para o tratamento adequado foi reconhecida por 47,6% dos auxiliares/ técnicos, 65% dos médicos e 100% dos fisioterapeutas, que disseram concordar com esta afirmativa, e 45,5% dos enfermeiros, que concordaram totalmente com essa afirmativa. Os entrevistados relataram, apesar de a temática ter sido abordada durante o curso de formação profissional, que o aprendizado não foi suficiente para respaldar a prática clínica (CHRISTOFFEL *et al.*, 2016).

Algumas pesquisas revelaram que as formas de avaliação da dor na sua maioria são subjetivas, destacando a expressão facial, alterações de comportamento e fisiológicas do neonato (ARAÚJO *et al.*, 2015; BOTTEGA *et al.*, 2014; COSTA *et al.*, 2016; GESTEIRA *et al.*, 2011). Estudo realizado com 62 profissionais na Bahia aponta que a avaliação da dor neonatal se deu predominantemente pelo choro com o percentual de 90,3%, pelos movimentos corporais com 64,5%, pelas caretas com 48,4% e pelo aumento da frequência cardíaca com 43,5% (ARAÚJO *et al.*, 2015). Uma UN de Minas Gerais revelou outros percentuais de avaliação, sendo: o choro, com 14%, a alteração da face, com 13,4%, e a frequência cardíaca com 13%, para um total de 42 profissionais de enfermagem envolvidos (AMARAL *et al.*, 2014).

A equipe de enfermagem, segundo publicação de Santos, Ribeiro

e Santana (2012), reconhece a dor no recém-nascido prematuro e identifica-a de maneira não sistematizada e fragmentada, por meio da avaliação do choro e de manifestações do RN, através de sua expressão facial, não utilizando escalas.

Em Sergipe, os enfermeiros da UN identificam a dor através da observação comportamental e fisiológica do neonato, apesar de alguns participantes reconhecerem escalas específicas (SILVA *et al.*, 2015).

Em relação à utilização de escalas, um estudo realizado por Araújo *et al.* (2015) com 62 participantes, dentre eles, 15 enfermeiros, 43 técnicos de enfermagem e três auxiliares de enfermagem; destes, apenas 24 profissionais de enfermagem, sendo eles: 13 enfermeiros, 11 técnicos e nenhum auxiliar de enfermagem, conhecem alguma escala para avaliação da dor neonatal ou utilizam-na na prática clínica, alegando não fazer parte da rotina do local em que atuam (ARAÚJO *et al.*, 2015). Em que pese aos profissionais identificarem determinadas características fisiológicas e comportamentais da dor no RN e nelas intervir, eles não a fazem de forma sistemática, por meio de instrumentos apropriados para tal, o que pode interferir consequências na vida futura do RN em decorrência da dor subtratada ou não tratada (ARAÚJO *et al.*, 2015).

Evidencia-se que a avaliação da dor por meio de escalas e a existência de protocolos ainda não são realidades, conforme um estudo realizado com 12 profissionais de enfermagem em uma UN de Minas Gerais (ALVES *et al.*, 2013). Apenas três deles tinham conhecimento de alguma escala de avaliação da dor, enquanto os demais envolvidos avaliam a dor de acordo com as características comportamentais e fisiológicas.

Semelhante situação é referida no estudo de Silva *et al.* (2015). Alguns profissionais referiram conhecer escalas como NIPS, NFCS e *Premature Infant Pain Profile* (PIPP) que são as mais utilizadas. Entretanto, relataram não existir escala de dor implantada, fato este que requer de uma equipe multiprofissional capacitada a garantia de instrumentos que a auxilie na avaliação da dor no RN.

Amaral *et al.* (2014) entrevistaram cinco enfermeiros e 26 técnicos de enfermagem, em instituições que faziam uso de escala, sendo a escala de NIPS a mais citada por 22 participantes. Contudo, outros cinco participantes citaram a avaliação através de faces e quatro não especificaram escalas dentro das respostas afirmativas.

Gesteira *et al.* (2011) também identificaram que os enfermeiros utilizam a escala de avaliação da dor tipo NIPS incluindo alguns sinais de reação dolorosa por meio da observação de sinais vitais. Caetano *et al.* (2013) constataram em sua pesquisa que apenas um participante informou

que fazia o uso de escalas próprias para avaliação, referenciando a NIPS, enquanto 11 participantes informaram avaliar através da mímica facial, 15 por meio do choro, 11 por meio de movimentação corporal e quatro através de parâmetros fisiológicos. A avaliação da dor neste caso foi realizada de maneira empírica pela equipe de enfermagem com base em crenças pessoais, sem tomar conhecimento dos avanços científicos na área.

Os sinais sugestivos de dor evidenciam-se pelo choro, as expressões faciais e corporais como sinais de dor nos neonatos, sendo o choro o parâmetro mais descrito para avaliar a dor. Autores questionam a utilização desta forma de avaliar, já que o choro pode ser desencadeado por outros estímulos, como o desconforto, a fome e o frio, além de neonatos e crianças farmacologicamente comprometidos e pacientes entubados, serem incapazes de emitirem o choro (BOTTEGA *et al.*, 2014).

No Espírito Santo também se constatou que apenas um profissional, dentre os nove participantes, citou a utilização da escala de NIPS, enquanto os demais relataram utilizar a avaliação comportamental e fisiológica para identificar a dor neonatal (MARTINS *et al.*, 2013).

Um estudo realizado na UN de Rio Grande do Sul, envolvendo 34 RN, com o objetivo de avaliar a intensidade da dor através da escala de NIPS durante procedimentos dolorosos constatou que a aspiração de vias aéreas superiores e/ ou traqueal provocou dor de maior intensidade nos neonatos. A punção venosa desencadeou dor moderada a intensa e a glicemia capilar pontuou dor moderada e intensa em RNPT. A dor intensa foi desencadeada por procedimentos de intubação e sondagem gástrica. O sexo masculino teve maior percentual de dor intensa quando comparado ao sexo feminino (CRUZ *et al.*, 2016).

Diante de diversas realidades expressas, os autores Santos, Ribeiro e Santana (2012) constataram que o processo de reconhecimento da dor nos neonatos prematuros, em seu referido local de estudo, vem ocorrendo de maneira individualizada e não sistematizada, mas embasada em valores de formação profissional, o que pode ter repercussão clínica e propiciar a ocorrência de iatrogenias no cuidado, infringindo os princípios da segurança do paciente. Estes fatores também são predominantes nas realidades vivenciadas por Alves *et al.* (2013); Araújo *et al.* (2015); Caetano *et al.* (2013); Santos *et al.* (2012a); Santos; Ribeiro e Santana (2012), locais onde também não existem protocolos, guias ou normas que determinem a avaliação e o manejo da dor adequadamente.

A avaliação da dor de forma não sistematizada evidenciou-se quando os entrevistados informaram que utilizavam sinais fisiológicos e

comportamentais de forma fragmentada, não considerando o aspecto integral do cuidado para a avaliação da dor no RNPT (SANTOS; RIBEIRO; SANTANA, 2012). Os parâmetros pontuais, isolados do contexto global da internação do RN na UTIN para avaliar a dor podem ter como consequências ações de enfermagem ineficazes no manejo clínico desta situação de saúde. A não aplicação das escalas de avaliação da dor pode aumentar a dificuldade de identificação da dor no RNPT, retardando a implementação de cuidados e potencializando as alterações no quadro (SANTOS; RIBEIRO; SANTANA, 2012).

O uso da escala associado ao protocolo de cuidados direcionados ao alívio da dor é fundamental à prática do cuidado da dor pela enfermagem, sendo um compromisso técnico e ético. Habilita o profissional para uma avaliação fidedigna; possibilita acompanhar a evolução do quadro algico, tendo maior respaldo para determinadas condutas. São instrumentos capazes de proporcionar melhor conhecimento sobre a questão, minimizar a insegurança profissional acerca da abordagem da dor neonatal e auxiliar a equipe de saúde na identificação, avaliação da dor e aplicação de condutas para aliviá-la ou tratá-la. Além disso, garante uma assistência qualificada de forma planejada, seja para uma terapia não farmacológica ou farmacológica. Assim, mobiliza o cuidado personalizado e humanizado, conforme as reais necessidades do neonato, respeitando a individualidade do RN (ARAÚJO *et al.*, 2015; BOTTEGA *et al.*, 2014; MONFRIM *et al.*, 2015; ROCHA *et al.*, 2013).

Faz-se necessário, uma educação permanente nesta temática, protocolos e processos assistenciais que possibilitem melhorar este cuidado (CHRISTOFFEL *et al.*, 2016; COSTA *et al.*, 2016; SANTOS; KUSAHARA; PEDREIRA, 2012; SANTOS; RIBEIRO; SANTANA, 2012).

O estudo reforça a importância de sensibilizar os profissionais da neonatologia quanto à relevância do uso das escalas de dor no cotidiano da assistência. Para tanto, defende-se a necessidade de capacitação permanente sobre o uso de escalas para garantir a correta utilização, bem como a adoção de instrumentos que atendam à realidade e à necessidade do serviço relativo à facilidade de manuseio, eficiência na avaliação da dor e garantia da individualidade do neonato (ARAÚJO *et al.*, 2015; CORDEIRO; COSTA, 2014).

MANEJO DA DOR NEONATAL

A) MANEJO PROPRIAMENTE DITO

Os estudos demonstraram que a formação e a experiência profissional são fatores que influenciam para o melhor manejo da dor neonatal em UN (BOTTEGA *et al.*, 2014; CHRISTOFFEL *et al.*, 2016; MENDES *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2015). Os entrevistados concordaram que a maioria dos pacientes sofre dor devido ao manejo inadequado. Estes dados ainda se configuram atualmente na prática, uma vez que a maioria dos profissionais, sejam técnicos, graduados ou pós-graduados em enfermagem, citaram a orientação da chefia como fonte de informação para o manejo da dor neonatal (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Neste sentido, prevalece a busca informal através da troca de experiência para o manejo, ao invés de sedimentar-se em evidências científicas. Tal situação configura-se uma lacuna no conhecimento, sendo necessárias mudanças na educação permanente e fortalecer treinamento teórico-prático sobre a avaliação e manejo da dor neonatal para o desenvolvimento de uma prática clínica eficaz (CHRISTOFFEL *et al.*, 2016).

Estudo com 105 componentes da equipe de enfermagem desvelou que 100% das enfermeiras e 96,7% dos técnicos afirmaram que promovem o alívio da dor antes de realizar procedimento doloroso, denotando preocupação do manejo da dor (SOARES *et al.*, 2016).

Em outro estudo com 86 profissionais (enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, médicos e fisioterapeutas) 54,8% dos auxiliares/técnicos, 65% dos médicos, 56,6% dos enfermeiros e 100% dos fisioterapeutas concordam que coordenam/realizam/auxiliam no manejo da dor. Já no quesito concordância plena, os enfermeiros alcançaram o maior percentual, 31,8%, em relação aos demais profissionais (CHRISTOFFEL *et al.*, 2016).

Os manejos na atenção à dor diferiram em diversos estudos. Em Feira de Santana, estado da Bahia, as intervenções adotadas pelos 62 profissionais de enfermagem para aliviar a dor no RN mais incidentes foram: 54,8% dos entrevistados referiram solicitar avaliação médica, 48,4% realizaram mudança de decúbito, 46,8% utilizaram a glicose via oral durante estímulo doloroso, 42,0% administraram medicamento prescrito, 37,0% realizaram sucção não nutritiva, 32,2% conversaram com o RN, 30,6% fizeram massagens, 14,5% utilizaram anteparos no leito para promover o conforto e a segurança, 4,8% colocaram o RN no colo, 3,2% alimentaram o neonato quando havia dieta liberada e 1,6% realizaram banho nos RN (ARAÚJO *et al.*, 2015). Já o estudo realizado por Silva *et al.* (2015) revelou que os enfermeiros estimulam o contato por meio da posição canguru, o colo, abraço e toque através da participação dos pais no alívio da dor.

Um estudo em Uberaba, estado de Minas Gerais, com 42 profissionais de enfermagem apontou que a conduta não farmacológica mais mencionada para aliviar a dor foi o posicionamento/ manuseio do RN, representando 13,9%, seguida da sucção não nutritiva, enrolamento e diminuição de ruídos e luminosidade, representando 13,2% (AMARAL *et al.*, 2014). Em Fortaleza, estado de Ceará, os entrevistados mencionaram a terapia do toque, 35,7%; ninho, 28,6%; sucção não nutritiva, 14,3%; soluções glicosadas, 4,8%; musicoterapia, 9,5%; massagens, 7,1% (CAETANO *et al.*, 2013).

Os métodos não farmacológicos mais citados por Alves *et al.* (2013); Gesteira *et al.* (2011); Mendes *et al.* (2013); Soares *et al.* (2016) e Tassinary e Hahn (2013) foram: a sucção não nutritiva, o uso de sacarose, o posicionamento do RN, o contato pele a pele, o aleitamento materno e as ações relativas ao ambiente (penumbra, ausência de ruídos), o manuseio mínimo e delicado, o diálogo com o RN, a promoção do enrolamento e o agrupamento de cuidados.

A eficácia da terapia não farmacológica ficou evidenciada em um estudo realizado por Antunes e Nascimento (2013), onde a sucção não nutritiva mostrou-se eficaz durante a instalação do CPAP. Os RN reagiram ao estímulo sem atingir uma pontuação indicativa de dor, ou seja, em todos os procedimentos concomitantes à sucção não nutritiva, os neonatos não sentiram dor.

Durante o processo de punção venosa para aliviar a sensação dolorosa, os enfermeiros apontaram o uso da sucção nutritiva pelo aleitamento, a sucção não nutritiva associada ou não ao uso de glicose, o uso exclusivo de glicose, o posicionamento adequado, a contenção e organização do RN de forma confortável, o acalento, o aconchego, o manuseio cuidadoso do RN, a agilidade e a destreza na realização do procedimento e a redução do número de punções. Tais medidas são empregadas de forma não padronizada, ou seja, não há uma definição do momento em que deverá ser realizada. Sendo assim, é fundamental a criação de protocolos que padronizem as medidas para alívio e prevenção da dor para o RNPT durante a punção venosa (SANTOS; KUSAHARA; PEDREIRA, 2012).

O trabalho desenvolvido por Cordeiro e Costa (2014) em uma UN de Florianópolis, estado de Santa Catarina, propôs uma construção coletiva de um protocolo de terapia não farmacológica através do desenvolvimento de prática educativa. Este protocolo seguiu as recomendações científicas, como: usar terapias não farmacológicas; reduzir estímulos ambientais (ruídos e luminosidade); promover períodos de sono; avaliar e reavaliar a dor como rotina diária, preferencialmente

associada aos sinais vitais, registrando sempre o resultado.

No Espírito Santo foram entrevistadas nove enfermeiras de uma UN, sendo que cinco delas relataram que as medidas de alívio da dor eram pouco realizadas. Os procedimentos que receberam algum manejo para dor foram punção de calcâneo, drenagem torácica e injeção intramuscular. Já a aspiração traqueal e sondagem gástrica não receberam nenhuma medida de alívio e conforto (MARTINS *et al.*, 2013).

Esta mesma condição ocorreu em uma UN de São Paulo, na qual 166 RN foram submetidos ao procedimento de PICC e nenhum deles recebeu algum tipo de analgesia ou sedação para prevenção ou tratamento da dor nas tentativas sem sucesso. Apenas 19 RN receberam estratégia exclusivamente analgésica com uso de fentanil, seguido de solução adocicada (COSTA *et al.*, 2013). A ausência de práticas para minimizar a dor neonatal também ocorreu de forma semelhante no estado do Ceará, onde dois entrevistados afirmaram não realizar medidas para reduzir ou minimizar a dor neonatal (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

No que se referem às intervenções adotadas pelos profissionais de enfermagem para aliviar a dor neonatal, num universo de 62 participantes, 54,8% referiram solicitar avaliação médica e 42% dos profissionais seguem o uso de medicações prescritas pelo médico (ARAÚJO *et al.*, 2015). Resultado semelhante ocorreu em uma UN de Juiz de Fora, estado de Minas Gerais, elaborado pelos autores Alves *et al.* (2013) que refletem o pedido de avaliação médica diante da dor no RN e a necessidade de administrar fármacos revelar insegurança por parte da equipe de saúde na condução do problema e no emprego de medidas para o alívio da dor. Dentre os fármacos mais prescritos destacaram-se os analgésicos 72,6%, opioides 19,6% e benzodiazepínicos 7,8% (ALVES *et al.*, 2013; CAETANO *et al.*, 2013; ARAÚJO *et al.*, 2015). Esta realidade foi modificada em uma UN de Recife, estado de Pernambuco, através do processo da prática educativa (AYMAR *et al.*, 2014), na qual as escalas foram reconhecidas como um instrumento importante para o manejo não farmacológico e farmacológico adequados.

O estudo realizado por Oliveira *et al.* (2011) com 180 profissionais de enfermagem, sendo 45 enfermeiras, 74 técnicos e 61 auxiliares de enfermagem que atuam em UN, constatou que as principais justificativas para a implementação de medidas para o alívio da dor neonatal foram: sentimento de pena (151 entrevistados), repercussões negativas para o neonato (oito entrevistados), cumprimento de rotinas e oferecer um cuidado de enfermagem com qualidade tiveram a mesma pontuação (cinco entrevistados). Sendo assim, os autores concluíram que mesmo com a contextualização do processo de humanização na assistência, o

cuidado ainda é desenvolvido de forma fragmentada e instrumentalizada. Assim, recomenda-se para melhor adequação do manuseio da dor na UN, a sensibilização para o tema da dor e a capacitação dos profissionais, além de discussão ampla e contínua com a equipe sobre a importância da adoção de medidas adequadas durante procedimentos invasivos e no alívio da dor.

Diante do exposto, o manejo da dor nas unidades neonatais brasileiras, é importante ressaltar que a assistência seja focada no cuidado humanizado ao RN e na família para minimizar o estresse e a dor destes pacientes (SILVA *et al.*, 2015). O maior desafio atualmente é a capacitação e o desenvolvimento da equipe de enfermagem para atuar diante da dor neonatal para minimizar e inibir os fatores condicionantes do processo doloroso (MONFRIM *et al.*, 2015). Estratégias como envolver os profissionais de saúde para construção de um protocolo de cuidados de terapia não farmacológica através do processo de educação continuada foram positivos para a transformação do cuidado (CORDEIRO; COSTA, 2014).

Autores sugerem a elaboração e implementação de protocolos assistenciais, diminuindo o empirismo e o subtratamento (BOTTEGA *et al.*, 2014; CAETANO *et al.*, 2013; SANTOS; KUSAHARA; PEDREIRA, 2012; SANTOS; RIBEIRO; SANTANA, 2012) e consideram que para o alívio da dor em uma UN ser adequado e efetivo, requer muito mais que implantação de escalas e protocolos de tratamento. Faz-se necessária uma análise mais ampla do ambiente da UN, visando identificar as variáveis culturais, sociais, ambientais, psicológicas e educacionais que possam facilitar ou dificultar a mudança de comportamento diante da dor neonatal e discuti-las entre os profissionais para elaborar protocolos e rotinas para o manejo da dor.

Ademais, autores propõem a mudança de filosofia institucional, com vistas à valorização do tratamento deste sinal como um indicador de qualidade da atenção direcionada ao RNPT (SANTOS; RIBEIRO; SANTANA, 2012).

LIMITAÇÕES E FACILIDADES NO AVALIAR E MANEJAR A DOR

A impossibilidade de verbalização pelo RNPT em demonstrar dor, aliada ao número insuficiente de funcionários, sobrecarga de trabalho e falta de tempo, dificultam que os enfermeiros percebam, avaliem, mensurem e atuem de forma completa e eficiente no alívio da dor (SILVA *et al.*, 2015).

A avaliação subjetiva da dor neonatal influenciada pela percepção pessoal de cada profissional, associada ao tempo de experiência, grau de escolaridade e sensibilidade em reconhecer os sinais de dor são fatores que dificultam a avaliação e manejo da dor de forma adequada (SOARES *et al.*, 2016). Segundo Kegler *et al.* (2016), os participantes desconhecem que a manipulação do RN pode ser entendida como uma prática dolorosa, relacionando a dor com a realização exclusiva de procedimentos invasivos.

Os fatores que interferem na avaliação e manejo adequado da dor neonatal estão relacionados: à crença da dor como inerente ao cuidado neonatal; à organização do trabalho com desvio de funções e sobrecarga do mesmo, também indicado por Silva *et al.* (2015); à falta de protocolos e conhecimento limitado sobre a importância da avaliação e manejo da dor neonatal, apesar da maioria dos profissionais reconhecerem a existência da dor neonatal; ao não reconhecimento da dor por outros através do cumprimento rotineiro na execução do cuidado; aos recursos materiais insuficientes, superlotação e espaço inadequado para prestar cuidado humanizado (MONFRIM *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2011; ROCHA *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2015). Soma-se a estes fatores, o fato da equipe de enfermagem executar os cuidados com base em orientações informais e na experiência profissional (CHRISTOFFEL *et al.*, 2016); a falta do reconhecimento do processo de avaliação pelos demais profissionais de saúde, desconhecimento teórico sobre a fisiologia da dor, métodos de avaliação e alternativas terapêuticas por parte da equipe multiprofissional que atua com os recém-nascidos (ALVES *et al.*, 2013); falta de conhecimento, medo percebido dos efeitos colaterais da medicação para a dor e interpretação incorreta dos sinais de dor, falta de tempo e falta de confiança nas ferramentas de avaliação da dor (SANTOS; KUSAHARA; PEDREIRA, 2012; WIECZORKIEWICZ *et al.*, 2013).

A falta deste conteúdo nas disciplinas acadêmicas sobre a compreensão da dor, a importância da avaliação, da prevenção e do manejo adequado (AMARAL *et al.*, 2014; CHRISTOFFEL *et al.*, 2016) e a insuficiente prática de educação continuada e permanente para sensibilizar os profissionais para a temática da dor representam outro entrave (ALVES *et al.*, 2013). A falta de registros e documentações que embasem a avaliação do profissional e os manejos também são barreiras importantes a serem modificadas (CHRISTOFFEL *et al.*, 2016; SOARES *et al.*, 2016).

A prática do cuidado neonatal ainda é desenvolvida de forma rotineira, apesar das instituições receberem o apoio da política de atenção

humanizada ao neonato. A atenção mecanicista é um fator que dificulta o manejo adequado da dor neonatal. A maioria dos hospitais vivencia situações como a superlotação, escassez de recursos materiais e humanos, espaço inadequado que geram sobrecarga para os profissionais atuantes que podem culminar com a rotina dos serviços (LÉLIS *et al.*, 2011) e dificultar a avaliação e manejo da dor (MONFRIM *et al.*, 2015).

O fato de nem todas as UN possuem uma padronização no método de avaliação e manejo da dor neonatal é outro fator limitador. Assim, os profissionais realizam uma avaliação subjetiva e individual, influenciados pelo conhecimento empírico e experiência profissional, além daqueles que realizam os cuidados apenas para cumprir rotinas. Desta forma, os autores inferem que seja necessário um programa de educação continuada para estes profissionais sobre a importância da identificação e manejo adequado, além da prevenção e da importância dos registros da dor neonatal (CHRISTOFFEL *et al.*, 2016; SANTOS; RIBEIRO; SANTANA, 2012).

Estudo mostra que existem barreiras para o efetivo tratamento/manejo da dor em terapia intensiva neonatal e pediátrica, dentre as quais a não padronização de um método para avaliação (escala validada) e de medidas não farmacológicas para o controle da dor (BOTTEGA *et al.*, 2014). No que se refere ao uso da escala, autores apontam alguns empecilhos. Entre eles, destaca-se: desconhecimento de escalas (SANTOS *et al.*, 2012a), não utilização das escalas apesar de alguns profissionais as reconhecerem como o quinto sinal vital (SANTOS; RIBEIRO; SANTANA, 2012); impossibilidade/ dificuldade de utilizar o instrumento especialmente em situações nas quais os neonatos estão sedados ou com disfunções neurológicas; escassez de recursos humanos, que aumentam a resistência à adesão da avaliação por escalas em função das inúmeras atividades; desconhecimento na aplicação e análise dos resultados, oriundos da aplicação da escala, desconfiança dos médicos diante dos resultados apresentados. Além disso, o fato do instrumento ser utilizado para indicar a prescrição médica de analgésico para o alívio da dor do RN e haver a resistência médica para prescrever a analgesia, gera sentimento de frustração e questionamentos sobre a necessidade da utilização do instrumento (ROCHA *et al.*, 2013).

Os enfermeiros de uma UN do Norte de Santa Catarina foram orientados a experimentar por uma semana três escalas de avaliação da dor neonatal. Apenas um participante não encontrou dificuldades para utilizá-la, enquanto os demais envolvidos referiram dificuldades relacionadas à interpretação de alguns aspectos a serem avaliados: a disponibilidade de tempo e a sensibilização dos médicos na intervenção

para o controle da dor. Entretanto, todos os sujeitos concordam que as escalas apresentam resultados confiáveis sobre o processo doloroso. Destacou-se a necessidade de sensibilizar a equipe de saúde, sendo a NIPS a escala de escolha pelos participantes para padronizá-la e associá-la aos sinais vitais (WIECZORKIEWICZ *et al.*, 2013).

Percebe-se que apesar da implementação de políticas que visam à humanização no atendimento neonatal, os cuidados ainda estão voltados para a prática tecnicista (OLIVEIRA *et al.*, 2011). Há falta de sistematização, no processo de identificação, avaliação e intervenção na dor neonatal pela equipe de enfermagem (ARAÚJO *et al.*, 2015).

Em contrapartida, o processo de humanização e a visão holística têm se disseminado para a condução do trabalho dos profissionais de saúde. Neste sentido, estimula o emprego de novas tecnologias, práticas e métodos eficazes para o atendimento da dor nas UN, auxiliando esses profissionais numa assistência qualificada e integral ao neonato. Assim, minimiza e previne complicações clínicas a essa população, atende suas necessidades e facilita o cuidado na atenção à dor neonatal (COSTA *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2015).

Dentre outras vantagens na utilização de escalas para avaliação da dor, os enfermeiros citaram a avaliação fidedigna da dor do RN, com possibilidades de acompanhar a evolução do quadro algíco. A analgesia também foi citada como um benefício na utilização da escala, sendo necessária a formação dos profissionais de enfermagem para a utilização das escalas de avaliação da dor no que tange aos métodos de avaliação, sinais e características expressos pelos prematuros que definem a dor, sua fisiologia, bem como a farmacologia e medidas alternativas para o seu alívio e/ ou inibição (AMARAL *et al.*, 2014).

Outra publicação revelou que alguns participantes consideraram favorável a aplicação da escala, ficando atrelada a elementos do serviço, tais como: o aumento de recursos humanos de enfermagem e capacitação profissional para avaliação dos sinais de dor no prematuro (MONFRIM *et al.*, 2015).

A utilização padronizada e embasada cientificamente do instrumento para avaliar a dor foi uma das facilidades identificadas pelas enfermeiras. Com isso, ocorreram mudanças no cuidado aos neonatos, que passaram a receber intervenções não farmacológicas, visando oferecer conforto e alívio de sua dor (ROCHA *et al.*, 2013). As facilidades e/ ou benefícios vivenciados pelos enfermeiros na aplicação de um instrumento para avaliação da dor nos prematuros estavam relacionadas ao registro, conhecimento/aprimoramento, avaliação, analgesia e participação da equipe (MONFRIM *et al.*, 2015; WIECZORKIEWICZ *et*

al., 2013).

O profissional que mais identifica e está preocupado em diminuir a dor dos pacientes é a enfermagem em relação aos demais profissionais, sendo um facilitador a adesão deste profissional para a avaliação e manejo da dor (COSTA *et al.*, 2016; WIECZORKIEWICZ *et al.*, 2013).

A ampliação de conhecimentos científicos sobre a avaliação, prevenção, tratamento da dor e das ferramentas disponíveis para implementar este processo no local de trabalho, contribuindo para sistematização do manejo de forma adequada, garante um tratamento uniforme e individualizado para os neonatos (TASSINARY; HAHN, 2013).

Tal fato foi constatado em um estudo realizado em uma UTIN de Recife, estado de Pernambuco, onde foi desenvolvida uma prática educativa com 70 profissionais de saúde entre profissionais de nível superior (médicos, fisioterapeutas e enfermeiros) e nível técnico (técnicos e auxiliares de enfermagem). Neste estudo foi aplicado um questionário antes e após a prática educativa. Os resultados apontaram que os profissionais de nível médio reconheceram o uso de escalas e dos sinais comportamentais e fisiológicos para avaliação da dor, e a melhora na forma de tratá-las, seja pela terapia farmacológica ou não, após a prática educativa. A atualização dos profissionais envolvidos foi uma das estratégias definidas pelo grupo operativo educativo que gerou mudanças na avaliação e manejo da dor. Percebeu-se que 79,6% dos participantes mostrou que a prática educativa é um facilitador para o emprego de escalas de avaliação e manejos (AYMAR *et al.*, 2014).

Ratificando o exposto, o estudo de Soares *et al.* (2016) revelam que os profissionais que obtiveram especialização e treinamento específico para o manejo da dor neonatal tiveram melhor desempenho sobre o conhecimento relacionado ao tema.

Após a orientação e aplicação de três escalas para avaliação da dor neonatal, os participantes referiram que os instrumentos facilitaram o processo de identificação, aumentando a confiabilidade, conhecimento, registro, analgesia e participação da equipe para o manejo adequado da dor (MONFRIM *et al.*, 2015; WIECZORKIEWICZ *et al.*, 2013).

O PAPEL DA ENFERMAGEM DIANTE DA DOR NEONATAL

A enfermagem representa o profissional responsável pelo cuidado direto ao paciente e sua atuação deve estar fundamentada nos princípios éticos, técnicos e humanitários, sendo o cuidado à dor uma das atribuições do enfermeiro neonatal (COSTA *et al.*, 2016).

O desenvolvimento de protocolos com uso de escalas de avaliação de dor específica para os neonatos e a sistematização do cuidado são estratégias que facilitam uma rotina de avaliação, identificação e tratamento da dor de maneira humanizada. Dessa forma, é necessário que a equipe de enfermagem trabalhe em conjunto com os demais profissionais para definirem o melhor tratamento ao paciente (CAETANO *et al.*, 2013; MENDES *et al.*, 2013; PACHECO *et al.*, 2012). O uso de instrumentos para a avaliação da dor orienta o enfermeiro a estabelecer medidas de conforto físico, emocional e psicológico do neonato e faz intervenções não farmacológicas para o alívio da dor, reavaliando a necessidade de terapia farmacológica. Ademais, tem a possibilidade de sensibilizar toda a equipe de enfermagem e médica, buscando em longo prazo aumentar a conscientização dos profissionais de saúde e prestar um cuidado de excelência para a dor neonatal (ROCHA *et al.*, 2013).

Neste contexto, os enfermeiros assumem papel fundamental nessa assistência, por serem os responsáveis pela elaboração do plano de cuidados individuais e específicos para controle e manejo da dor (SILVA *et al.*, 2015).

Prevenir a dor neonatal, assim como identificá-la, avaliá-la, aliviá-la e/ou tratá-la faz parte do compromisso técnico e ético dos profissionais de saúde, sobretudo da equipe de enfermagem, responsável pelo cuidado direto ao RN e, conseqüentemente, pela garantia de uma assistência humanizada e qualificada a esta parcela da população (ARAÚJO *et al.*, 2015; COSTA *et al.*, 2016; MENDES *et al.*, 2013).

DISCUSSÃO

A produção científica sobre a avaliação da dor neonatal no período de 2011 a 2016 é significativa. O número expressivo de publicações sobre a temática aponta que as Unidades Neonatais necessitam rever suas práticas no atendimento à dor neonatal, havendo uma lacuna neste campo. A avaliação da dor ainda é realizada de forma subjetiva na maioria das UN pesquisadas, depende da habilidade do profissional em identificar seus sinais minuciosamente, sem evidências científicas e a inexistência de instrumentos que possam garantir maior segurança para o manejo.

Resultado ratificado também em literaturas internacionais, como nas Unidades Neonatais da África do Sul e do Japão, onde médicos e enfermeiros associam a presença de dor através de reações comportamentais e fisiológicas (KHOZA; TJALE, 2014; MIO; KYOKO, 2013).

Em seu tratamento, a equipe de enfermagem não raramente se atém à necessidade da prescrição médica, associando o uso de medicações como única forma para alívio da dor, o que demonstra insegurança no manejo desta. Apesar de algumas UN adotarem recursos não farmacológicos no alívio da dor, estes ainda são realizados e fundamentados no conhecimento empírico. Sua prática clínica é realizada de forma rotineira e mecânica, não estão sistematizados e acordados por meio de protocolos com base em boas práticas/ evidências científicas. Seu emprego é realizado de acordo com a habilidade do profissional, não havendo um seguimento uniforme que oriente os profissionais a atuarem de forma padronizada e respeitando a individualidade de cada paciente. Dados também que corroboram com a prática internacional como na Turquia, onde foram estudados 15 hospitais totalizando 486 enfermeiros, sendo que a dor foi tratada através de métodos farmacológicos. Neste estudo, apenas 29,8% dos enfermeiros citaram métodos não farmacológicos para alívio da dor (KOSTAK *et al.*, 2015). Já na Coréia, Jeong *et al.* (2014) constataram que as medidas tanto farmacológicas quanto as não farmacológicas são pouco empregadas nas UTIN.

Percebe-se tanto nas literaturas nacionais quanto nas internacionais que ainda há desconhecimento da fisiologia da dor e das escalas específicas para avaliá-la. Outros fatores como o receio dos efeitos colaterais da medicação para a dor, a falta de tempo, e as desconfiças nas ferramentas de avaliação da dor foram evidenciados em uma pesquisa realizada por Cong, Delaney Vazquez (2013) que envolveu 237 enfermeiras nos Estados Unidos da América. Por outro lado, quando há o conhecimento nota-se uma desvalorização de alguns profissionais de saúde sobre o resultado da escala, gerando frustração e, sobretudo, a não adoção de condutas efetivas, ou pior, o emprego de tratamento inadequado, expondo o RN às lesões neurológicas e comportamentais a *posteriore*.

Para o desenvolvimento dessa assistência humanizada e individualizada do manejo da dor, é importante que a enfermagem trabalhe em conjunto com os demais profissionais para o planejamento de uma assistência qualificada, visando diminuir os prejuízos físicos e mentais desencadeados pelos estímulos dolorosos. O papel do enfermeiro destaca-se no envolvimento das equipes de saúde para desenvolver a assistência ao RN pautada em medidas não farmacológicas, para sensibilizá-los para a questão dor, avaliações e manejos, por meio de educação permanente, construção e estabelecimento protocolos que organizem e sistematize o processo (CONG; DELANEY; VAZQUEZ, 2013; GIBBINS *et al.*, 2015; KHOZA, TJALE, 2014; KOSTAK *et al.*,

2015).

Os enfermeiros precisam de um conhecimento fundamental da dor neonatal para exercer o seu papel de identificá-la e praticar seu manejo de forma efetiva. Este conhecimento é adquirido formalmente por meio da preparação acadêmica e informalmente através da aprendizagem experiencial clínica e educação permanente (KHOZA; TJALE, 2014).

CONSIDERAÇÕES

Apesar do número expressivo de publicações sobre avaliação e manejo da dor, isto não tem se refletido em mudanças da prática. É necessário desenvolver práticas educativas que sensibilizem os profissionais sobre a importância da avaliação e manejo da dor neonatal, pois não é suficiente apenas o reconhecimento de sua existência. As publicações apontaram que as práticas educativas geraram mudanças importantes na identificação, avaliação e manejo da dor. A partir delas, é importante discutir com os envolvidos suas reais necessidades, definir a escala que melhor se adapta a sua prática e traçar estratégias viáveis para que sejam realmente desenvolvidas em sua rotina. Estas práticas podem ser um espaço também para a construção de protocolos e planos de cuidado sobre a temática.

As UN que utilizam as escalas e o manejo da dor por meio de protocolos ainda não garantem que ela seja devidamente avaliada, pois poucos profissionais registram adequadamente o manejo, o que possibilita uma subnotificação do evento. Ainda, em locais como estes, evidencia-se a necessidade de retomar estratégias de educação permanente para sensibilizar sobre a importância de sua avaliação, registro adequado e cuidados necessários.

Recomenda-se a criação de protocolos e planos de cuidado para identificação, avaliação e manejo da dor, devendo-se ficar atento às evidências científicas e variáveis psicológicas, sociais e culturais que envolvem esta situação de saúde. Neste processo, e ao longo de toda a atuação dos profissionais, a educação formal acadêmica e a permanente, sobretudo as práticas grupais nas instituições, são os alicerces para as mudanças na condução da identificação e alívio da dor, sendo fundamental a adoção de uma filosofia institucional para a valorização do tratamento da dor como um indicador que qualifica a atenção ao RNPT.

Este estudo apresenta um recorte da temática, sendo fundamental ampliar outros cenários e profissionais de saúde e estudos em nível internacional. Este estudo é importante para subsidiar a prática nas instituições que buscam a atenção humanizada ao RN, a construção de

plano de cuidados e embasar novas pesquisas sobre o tema na área de neonatologia, bem como sensibilizar a equipe de enfermagem sobre a dor, sua avaliação e manejo.

REFERÊNCIAS

ALVES, F. B.; et al. Dor neonatal: a percepção da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 4, n. 1, p. 510-515, jan./dez. 2013.

Disponível em:

<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533224011>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

AMARAL, J. B.; et al. Equipe de enfermagem diante da dor do recém-nascido pré-termo. **Revista escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 241-246, abr./jun., 2014. Disponível em:

<<http://www.SCIELO.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0241.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC; CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY (Org.). *Prevention and management of pain in the neonatal: an update*. **American Academy of Pediatrics**, v. 137, n. 2, fev. 2016.

Disponível em:

<<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2016/01/22/peds.2015-4271>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

ANAND, K. J. *Assesment of neonatal pain*. **UptoDate**, Waltham, MA, jun. 2016. Disponível em:

<<https://www.uptodate.com/contents/assessment-of-neonatal-pain>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

ANTUNES, J. C. P.; NASCIMENTO, M. A. L. A sucção não nutritiva do recém-nascido prematuro como uma tecnologia de enfermagem.

Revista brasileira de enfermagem, Brasília, v. 66, n. 5, p. 663-667, out. 2013. Disponível em:

<http://www.SCIELO.br/SCIELO.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500004>. Acesso em: 02 nov. 2016.

ARAÚJO, G. C.; et al. Dor em recém-nascidos: identificação, avaliação e intervenções. **Revista Baiana de enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 3, p. 261-270, jul./set., 2015. Disponível em:

<<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/136>>

95/pdf_9>. Acesso em: 21 ago. 2016.

AYMAR, C. L. G.; et al. Avaliação e manejo da dor na UTI neonatal: análise de uma intervenção educativa para os profissionais de saúde. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 90, n. 3, p. 308-315, jun. 2014. Disponível em: <http://www.SCIELO.br/pdf/jped/v90n3/pt_0021-7557-jped-90-03-00308.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2015.

BATALHA, L. M. C. **Avaliação da dor**: manual de estudo. Coimbra, versão 1, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.esenfc.pt>>. Acesso em: 27 nov. 2016.

BOTTEGA, F. H.; et al. Avaliação em neonatos e crianças em terapia intensiva. **Revista de pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 909-917, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/3115>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método Canguru**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para profissionais de saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

CAETANO, E. A.; et al. O recém-nascido com dor: atuação da equipe de enfermagem. **Revista escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 439-445, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127728368006>>. Acesso em: 10 out. 2016.

CAPELLINI, V. K. **Exposição, avaliação e manejo da dor aguda do recém-nascido em unidades neonatais de um hospital estadual**. 2012. 134f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-16012013-113033/>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

CARVALHO, C. G.; CARVALHO, V. L. Manejo clínico da enfermagem no alívio da dor em neonatos. **E – Scientia**, Belo Horizonte, v. 5, n. 1, p. 23-30, 2012. Disponível em: <<http://revistas.unibh.br/index.php/dcbas/article/view/199>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

CHRISTOFFEL, M. M.; et al. Conhecimento dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor neonatal. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 3, p. 552-558, mai./jun. 2016. Disponível em: <<http://www.SCIELO.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0552.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2016.

CONG, X.; DELANEY, C.; VAZQUEZ, V. *Neonatal Nurses' Perceptions of Pain Assessment and Management in nicus: A National Survey*. **Advances in neonate care**, Filadelfia, v. 13, n. 5, p. 353-360, out. 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Xiaomei_Cong/publication/280836773_Nurse_survey_National_ANC/links/55c8b16b08aeb97567476899.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2016.

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-enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 185-192, mar. 2014. Disponível em: <http://www.SCIELO.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00185.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2015.

COSTA, P.; et al. Analgesia e sedação durante a instalação do cateter central de inserção periférica em neonatos. **Revista escola de enfermagem USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 801-807, ago. 2013. Disponível em: <http://www.SCIELO.br/SCIELO.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400801>. Acesso em: 02 nov. 2016.

COSTA, K. F.; et al. Manejo clínico da dor no recém-nascido: percepção de enfermeiros da unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p. 3758-3769, jan./mar, 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3950/pdf_1786>. Acesso em: 21 jul. 2016.

COSTA, R.; CORDEIRO, R. A. Desconforto e dor em recém-nascido: reflexões da enfermagem neonatal. **Revista enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1. p. 1-6, jan./fev., 2016. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n1/v24n1a02.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2016.

CRUZ, C. T.; et al. Avaliação da dor de recém-nascidos durante procedimentos invasivos em terapia intensiva. **Revista dor**, São Paulo, v. 17, n.3, p. 197-200, jul./set., 2016. Disponível em: http://www.SCIELO.br/SCIELO.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000300197&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 dez. 2016.

FALCÃO, A. C. M. P.; et al. Abordagem terapêutica da dor em neonatos sob cuidados intensivos: uma breve revisão. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Minas Gerais, v. 2, n. 1, p. 108-123, jan./abr. 2012. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/recom/>. Acesso em: 23 jan. 2017.

FRIAÇA, K.R.; et al. Atuação do enfermeiro na avaliação e no alívio não farmacológico da dor no recém-nascidos. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, ed. Suplementar, out./dez., 2010. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1099>. Acesso em: 25 fev. 2017.

GANONG, L. H. *Integrative reviews of nursing research*. **Research in nursing and health**, Columbia, v. 10, n. 1, p. 1-11, fev. 1987. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.4770100103/abstract#ooter-article-info>. Acesso em: 13 dez. 2016.

GESTEIRA, E. R.; et al. Avaliação da dor neonatal e os métodos não farmacológicos utilizados pelos enfermeiros em uma uti neonatal. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v. 5, n. 4, p. 1017-1023, jun. 2011. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1559>. Acesso em: 23 nov. 2016.

GIBBINS, S.; et al. *Perceptions of health professionals on pain in extremely low gestational age infants*. **Revista Qualitative Health**

Research, Canadá, v. 25, n. 6, p. 763-774, jun. 2015. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1049732315580105>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. *Taxonomy working group*. **Washington**, 1994. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part_III-PainTerms.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2017.

JEONG, L. S.; et al. *Perceptions on pain management among Korean nurses in neonatal intensive care units*. **Revista Asian Nursing Research**, Coreia, v. 8, n. 4, p. 261-266, dez. 2014. Disponível em: <[http://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317\(14\)00073-5/pdf](http://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317(14)00073-5/pdf)>. Acesso em: 07 jul. 2015.

KEGLER, J. J.; et al. Manejo da dor na utilização do cateter central de inserção periférica em neonatos. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, out./dez., 2016. Disponível em: <<http://www.SCIELO.br/pdf/ean/v20n4/1414-8145-ean-20-04-20160099.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

KHOZA, S. L.; TJALE, A. A. *Knowledge, attitudes and practices of neonatal staff concerning neonatal pain management*. **Revista Curationis**, África do Sul, v. 37, n. 2, p.1-9, nov. 2014. Disponível em: <http://www.SCIELO.org.za/SCIELO.php?script=sci_arttext&pid=S2223-62792014000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2016.

KLOSSOSWSKI, D. G.; et al. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. **Revista CEFAC – Saúde e Educação**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 137-150, jan./fev. 2016. Disponível em: <http://www.SCIELO.br/SCIELO.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462016000100137&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 23 jan. 2017.

KOSTAK, M. A.; et al. *Determination of methods used by the neonatal care unit nurses for management of procedural pain in Turkey*. **Revista Journal of Pakistan Medical Association**, Carachi, v. 65, n. 5, p. 526-531, maio 2015. Disponível em: <<http://www.jpma.org.pk/PdfDownload/7350.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2016.

LÉLIS, A. L. P. A.; et al. Cuidado humanístico e a percepções de enfermagem diante da dor do recém-nascido. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 694-700, out./dez. 2011. Disponível em:

<http://www.SCIELO.br/SCIELO.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400006>. Acesso em: 23 nov. 2016.

MARTINS, S. W.; et al. Avaliação e controle da dor por enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Dor**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 21-26, jan./mar. 2013. Disponível em:

<<http://www.SCIELO.br/pdf/rdor/v14n1/v14n1a06.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2015.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em:

<<http://www.SCIELO.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

MENDES, L. C.; et al. A dor no recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, n. 11, p. 6446-6454, nov. 2013. Disponível em:

<http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8528/1/2013_art_fcfonte nele.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2016.

MIO, O.; KYOKO, Y. *Pain management of neonatal intensive care units in Japan*. **Revista Acta Paediatrica**, Japão, v. 102, n. 4, p. 366-372, jan. 2013. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.12160/abstract;jsessionid=D14F73AC950D4C965FE4F261A6305384.f02t04>>. Acesso em: 05 nov. 2016.

MONFRIM, X. M.; et al. Escala de avaliação da dor: percepção dos enfermeiros em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 1, p. 12-22, abr. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15049>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

OLIVEIRA, R. M.; et al. Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. **Revista Escola Anna**

Nery, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 277-283, abr./jun. 2011. Disponível em:

<http://www.SCIELO.br/SCIELO.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200009>. Acesso em: 23 nov. 2016.

PACHECO, S. T. A.; et al. O cuidado pelo enfermeiro ao recém-nascido prematuro frente à punção venosa. **Revista Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 306-311, 2012. Disponível em:

<<http://www.facenf.uerj.br/v20n3/v20n3a04.pdf>>. Acesso: 21 nov. 2016.

PINHEIRO, A. L. U.; et al. Avaliação e manejo da dor aguda: revisão integrativa. **Journal of nursing and health**, Pelotas, v. 4, n. 1, p. 77-89, 2014. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3395/3510>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

PINHEIRO, I. O.; et al. Avaliação da dor do recém-nascido através da escala Codificação da Atividade Facial Neonatal durante o exame de gasometria arterial. **Revista Dor**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 176-180, set. 2016. Disponível em:

<http://www.SCIELO.br/SCIELO.php?pid=S1806-00132015000300176&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 17 jul. 2016.

RIBEIRO, L. M.; et al. O leite humano no alívio da dor neonatal no exame de fundo de olho. **Revista escola de enfermagem USP**, São Paulo, v. 47, n. 1039-1045, out. 2013. Disponível em:

<http://www.SCIELO.br/SCIELO.php?pid=S0080-62342013000501039&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 02 nov. 2016.

ROCHA, M. C. P.; et al. Avaliação da dor por enfermeiros em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 4, p. 624-632, out./dez. 2013. Disponível em:

<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20011/pdf_56>. Acesso em: 02 nov. 2016.

SANTOS, L. M.; et al. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 27-33, jan-fev 2012. Disponível:

<<http://www.SCIELO.br/pdf/reben/v65n1/04.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2016.

_____.; _____. Sinais sugestivos de dor durante a punção venosa periférica em prematuros. **Revista de enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 1, p. 1-9, jan./abr. 2012a. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/3510/3121>>. Acesso em: 23 nov. 2016.

_____.; RIBEIRO, I. S.; SANTANA, R. C. B. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 269-275, mar./abr. 2012. Disponível em: <<http://www.SCIELO.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a11.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2016.

SANTOS, M. Z.; KUSAHARA, D. M.; PEDREIRA, M. L. G. Vivências de enfermeiros intensivistas na avaliação e intervenção para alívio da dor na criança. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1074-1081, out. 2012. Disponível em: <http://www.SCIELO.br/SCIELO.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500006&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 21 nov. 2016.

SILVA, G. M.; et al. Conhecimento das enfermeiras atuantes em unidade de terapia intensiva frente a dor no recém-nascido pré-termo. **Revista Ibero-Americana de Educación e Investigación em Enfermería**, Madri, v. 7, n. 1, p. 47-55, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/150/>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

SOARES, A. C.; et al. Dor em unidade neonatal: conhecimento atitude e prática da equipe de enfermagem. **Revista cogitare enfermagem**, Paraná, v. 21, n.2, p. 01-10, abr./jun., 2016. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/42897/28163>>. Acesso em: 21 jul. 2016.

TASSINARY, R. F.; HAHN, G. V. Intervenções de enfermagem para o alívio da dor em recém-nascidos. **Revista Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 219-226, jun. 2013. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5414>. Acesso em: 03 ago. 2016.

TURNAGE, C. S.; LABRECQUE, M.A. Controle da dor e do estresse. In: CLOHEERT, E.C.; EICHENWALD, A.R.S.; STARK, A.R. **Manual de neonatologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. p. 695-706.

VERONEZ, M.; CORRÊA, D. A. M. A dor e o recém-nascido de risco: percepção dos profissionais de enfermagem. **Revista Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 15, n. 2, p. 263-270, abr./jun. 2010. Disponível em: <revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/17859/11652>. Acesso em: 10 jun. 2015.

WIECZORKIEWICZ, A.M.; et al. Percepção do enfermeiro em relação à utilização de escalas de avaliação de dor em recém-nascidos. **Revista saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar**, Mafra, v. 2, n. 2, p. 20-31, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/525/400>>. Acesso em: 20 set. 2016.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico é um conjunto de conceitos, pressupostos, axiomas, logicamente inter-relacionados advindos de uma ou mais teorias ou modelos conceituais de enfermagem e de outras áreas de conhecimento. Podem ser motivados por crenças e valores pessoais idealizados para uso na sua prática de cuidados e na pesquisa com sujeitos, famílias, grupos ou comunidade (MINAYO, 2014; SILVA; ARRUDA, 2005). Um discurso científico que se constitui como uma grade, por meio da qual o pesquisador analisa o fenômeno ou um processo (MINAYO, 2014).

Os pressupostos são afirmações que determinam as crenças e os princípios como verdades, não precisam ser obrigatoriamente testados e comprovados pelo meio científico. As novas ideias do pesquisador estão de certa forma baseadas em determinados pressupostos de forma implícita ou explícita. Tais pressupostos sustentam o problema de pesquisa aos métodos de obtenção e análise das informações. Em qualquer pesquisa, os pressupostos assumem o lugar do marco conceitual (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Os pressupostos e conceitos do referencial teórico são as vigas mestras da construção teórica.

Os conceitos são unidades de significação que definem a forma e o conteúdo de uma teoria. São operações mentais que refletem uma visão da realidade, enfocando aspectos dos fenômenos, de forma hierárquica. Representam o caminho para ordenar teoricamente os fatos, a realidade, as relações sociais, devendo ser pelo confronto com o campo empírico, permanentemente recriado e reconstruído. É um caminho criativo que precisa ser historicamente construído e reformulado de forma crítica (MINAYO, 2014).

Neste estudo, o referencial teórico ou marco teórico está envolto de uma abordagem que apoia a construção do problema de pesquisa, a interpretação, a análise e a discussão dos resultados, sendo harmônico com o tema e sustentando todas as fases da pesquisa como referem Trentini, Paim e Silva (2014).

Na próxima seção estão descritos os pressupostos e conceitos inter-relacionados, em conformidade com o pensador Freire (2014, 2014a), que guiaram esta pesquisa na modalidade convergente assistencial. Os conceitos adotados foram: ambiente, seres humanos, enfermagem, plano de cuidados e prática educativa.

3.2 PRESSUPOSTOS

Os pressupostos são pessoais, baseados em Freire (2014; 2014a), autores da área neonatal e nas evidências científicas sobre o RN relativas à dor e ao manejo, conforme listados a seguir:

- 1) O Recém-nascido é um ser humano com capacidades, sensível, necessita de atenção e é dependente do cuidado de outros seres humanos, seja mãe, pai, familiares, e dos profissionais de enfermagem. Possui capacidade de comunicar-se e de reivindicar suas necessidades por meio de suas reações comportamentais: choro, movimento corporal, expressões faciais e por meios fisiológicos, como: a cianose; as alterações de padrões cardíacos, respiratório e metabólicos, de seu corpo e de seus movimentos;
- 2) Quando são pré-termos, baixo peso ou mesmo a termo com complicações, necessitam de cuidado personalizado, especializado, integral, qualificado e humanizado devido aos agravos clínicos ou risco de morte, necessitando internar em uma unidade de cuidado intensivo neonatal;
- 3) A Unidade Neonatal é o espaço que dispõe desses profissionais especializados para executar esses cuidados. Neste local, o RN está exposto a diversos procedimentos dolorosos, estressantes e desconfortáveis em função de sua situação clínica instável;
- 4) A experiência dolorosa pode acarretar efeitos fisiológicos e comportamentais. Pode desencadear alterações cardiovasculares, respiratórias, metabólicas, endócrinas, no sistema nervoso, de coagulação e hemostasia (AAP; CPS, 2016; ANAND, 2016; BRASIL, 2014; BRASIL, 2014a);
- 5) A dor precisa ser avaliada criteriosamente, pois os neonatos expressam seus sentimentos de forma peculiar. O choro não necessariamente é a única forma de exprimir tal situação. Existem outros sinais que o cuidador deve estar atento para sua identificação;
- 6) As medidas de alívio da dor devem ser pautadas, sobretudo, na prevenção, evitando que o processo doloroso se instale. Ao desenvolver os cuidados necessários com esse RN deve-se adotar medidas para minimizar a dor e tratá-la quando o controle de prevenção não for efetivo, bem como manter registros sobre este processo de avaliação, intervenção e

reavaliação;

- 7) O acolhimento, o apoio e os cuidados oferecidos pela equipe de enfermagem são essenciais para o bem-estar do RN para garantir boa evolução do seu quadro, recuperação e desenvolvimento saudável. Tais cuidados fazem a diferença para avaliar, prevenir, aliviar e tratar a dor;
- 8) A equipe de enfermagem tem um papel importante no processo de avaliação e manejo da dor, por estar envolvida nos cuidados diretos ao paciente e inserção dos pais neste cuidado. O enfermeiro é o facilitador da comunicação, seja na percepção à dor, no planejamento do cuidado e nas orientações para a equipe de enfermagem;
- 9) Os cuidados prestados devem estar fundamentados nas melhores evidências científicas, considerar sobremaneira as pistas dadas pelo RN, evitando a execução rotineira dos cuidados e prevalecendo o cuidado individualizado;
- 10) Para prestar o cuidado ao RN em uma unidade de terapia intensiva na atenção à dor, o enfermeiro e sua equipe precisam de uma capacitação permanente a partir da problematização da realidade em conformidade com as reais necessidades do RN e da família, fundamentada em evidências científicas;
- 11) As melhores evidências são ações de saúde seguras, integrais e qualificadas, baseadas em fundamentos científicos atualizados, centradas no RN e suas necessidades, que buscam prevenir e tratar agravos e promover a saúde. São desenvolvidas pelos profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros e técnicos de enfermagem, evitando intervenções desnecessárias (MÜLLER, 2012);
- 12) As enfermeiras, técnicas/ auxiliares de enfermagem, são sujeitos ativos e seres no mundo; são críticos, reflexivos, providos de preparo técnico, dotados de curiosidade e de inquietação e potencial para intervir e transformar a realidade, bem como propor mudanças benéficas em suas práticas, quando necessárias, com vistas a prestar um atendimento qualificado e humanizado, sendo a prática educativa um espaço viável para isto se concretizar (MÜLLER, 2012);
- 13) O processo educativo por meio da problematização permite a inserção crítica do sujeito na realidade, a sua participação

ativa, facilitando a construção da consciência reflexiva e politizada daquele que vive no mundo e nele se relaciona, integrando a teoria e a prática para superar as dificuldades do cotidiano, gerar mudança e inaugurar a conscientização (FREIRE, 2014);

- 14) Através do diálogo e troca de saberes entre esses seres humanos, todos se educam ao mesmo tempo como um ir e vir. Neste sentido, ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo (FREIRE, 2014a). Todos estão em constante processo de educação, ensinam enquanto aprendem e aprendem enquanto ensinam, educam-se. (FREIRE, 2014a);
- 15) A prática educativo-crítica é uma forma de intervir no mundo, na qual os sujeitos envolvidos têm sua autonomia centrada nas experiências, nos diálogos, estimulando a criatividade, as decisões e as responsabilidades livremente (FREIRE, 2014a). Esse processo de formação perdura ao longo da vida toda, o homem não para de se educar; sua formação é permanente e funda-se na dialética entre teoria e prática (FREIRE, 2014a);
- 16) O educando, ou seja, o profissional de enfermagem, pode ampliar seus conhecimentos na relação com o mundo e as pessoas. Segundo Freire (2014, 2014a), por meio da dialogicidade, com os outros e na prática da ação-reflexão-ação, transcendendo as dimensões de espaço e tempo, os sujeitos dão sentido a tudo, configuram sua existência no mundo, desenvolvem sua autonomia, assumem compromissos e responsabilidades. Podem mudar sua percepção, promover ação e mudança. O homem é um ser de “*práxis*”, da ação, reflexão e de transformação (FREIRE, 2014a);
- 17) Para promover um melhor atendimento aos RN, seres humanos dependentes de cuidados, faz-se necessário o apoio e adesão de profissionais críticos, comprometidos, habilitados na construção de suas funções e empoderá-los para planejar ações que qualifiquem a atenção ao RN na avaliação e manejo da dor, modificando a assistência prestada.

3.3 CONCEITOS DO ESTUDO

3.3.1 Seres humanos

Representados por seres inacabados, incompletos, inconclusos, complexos, históricos, plurais e singulares, com potencialidades e limitações, que interagem com o meio social e ambiental. Nasceram com conhecimentos e experiências e desenvolvem-se nas relações recíprocas com o mundo e por meio de trocas com outros sujeitos. São seres no mundo e nele agem, buscando aprimorar-se para ser mais, estar e fazer melhor. Na busca de ser mais, o ser humano está em permanente procura, que se alicerça na esperança, aventurando-se curiosamente com criatividade no conhecimento de si mesmo e do mundo. Seres humanos que lutam pela afirmação, autonomia, conquista de sua liberdade, lutando para ir além de suas próprias conquistas. Esta busca se faz nas relações com outros seres humanos, em comunhão com outras consciências, por meio da reflexão e ação, com vistas à transformação da realidade. São seres dinâmicos que criam, recriam, fazem escolhas e provocam mudanças no mundo. Ao transformar-se e transformar o mundo, assumem a condição de ser político, de militante e de protagonista. Têm compromisso com os outros e com o mundo em que vivem. Têm capacidade de viver e aprender com o diferente. São seres pensantes, que se comunicam, realizadores de sonhos, são sensíveis, capazes de amar e odiar. Sua ontologia específica os faz conscientes da sua incompletude, do seu inacabamento, impulsionando-o para a plenitude, para o acabamento e para a conclusão, portanto para a educação, pela qual podem superar o que são e alcançar o que querem ser (FREIRE, 2014; STRECK; REDIN; ZITKOSKI, 2010).

Neste estudo, estes seres humanos são o RN, os enfermeiros e técnicos/ auxiliares de enfermagem e familiares.

O RN, desde o nascimento, possui experiências adquiridas no período intrauterino e por meio de sua genética; é um ser inacabado que nasce com capacidades, não é destituído de conhecimentos. É um ser único que traz experiências sensoriais desde o tempo em que estava no ventre de sua mãe. Lá chorava, sorria, fazia caretas, brincava com o cordão umbilical e ouvia ruídos internos e externos à sua mãe. Apresenta sistemas comportamentais prontos para serem ativados por estímulos externos, como o contato pele a pele, olho no olho, sons, luzes, odores e a própria amamentação. Possui temperamento e sensibilidade à luz, ao toque e ao gosto já dentro do útero. É um ser ativo, competente e o seu nascimento provoca grande impacto familiar.

Os RN são aqueles para quem o estudo está direcionado, uma vez

que busca melhorar a qualidade do atendimento a eles prestado. Referem-se a todos os RN internados no SARNEO. Os neonatos são seres humanos inacabados, em formação, indefesos, que já tem uma experiência sensorial e reflexos primitivos, interagem com o ambiente e com as pessoas, são sensíveis e dependentes do cuidado de outros seres humanos (equipe de saúde, pai, mãe e familiares), necessitam de afeto, segurança e proteção para sua sobrevivência. Possuem a capacidade de demonstrar satisfação, tranquilidade, dor e medo por meio dos seus comportamentos e estado fisiológico. São seres que quando internados no SARNEO necessitam de cuidados redobrados para manutenção da vida e que potencialmente podem interferir na sua formação física, psicológica, afetiva, social e intelectual.

Os neonatos podem ser classificados de acordo com a idade gestacional: os **recém-nascidos de termo** que compreende a idade gestacional entre 37 a 41; os recém-nascidos pós-termos, aqueles que a idade gestacional é superior a 42 semanas e sete dias; os recém-nascidos pré-termos, aqueles com idade gestacional inferior a 37 semanas, podendo ser classificados como pré-termos tardio, aqueles com idade gestacional entre 34 semanas e sete dias a 36 semanas e 7 dias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016).

A classificação dos neonatos em relação ao peso: adequado para a idade gestacional (percentil entre 10 e 90 para sua idade gestacional); os neonatos pequenos para idade gestacional (abaixo do percentil 10 para idade gestacional); e os recém-nascidos grandes para a idade gestacional (acima do percentil 90 para sua idade gestacional) (BRASIL, 2013).

Os RNT quando nascem sem nenhuma intercorrência normalmente permanecem com seus pais no Alojamento Conjunto. Os RNPT e de baixo peso ou os a termos que têm complicações necessitam permanecer em Unidades Neonatais para sua recuperação e estabilização clínica. Os cuidados a estes RN devem focar em uma assistência humanizada e integral pela equipe de saúde e presença dos familiares.

As enfermeiras e os técnicos/ auxiliares de enfermagem são seres humanos que compõem a equipe de enfermagem. Seres multidimensionais e singulares, em função de seus valores, potenciais, crenças, genética, vivências, seres no mundo e das relações com o mundo e com os outros. Refletem sobre ações que fazem no trabalho diário e a partir dos conhecimentos adquiridos, reveem novas formas de cuidar e agir com o RN. São seres que propõem novas atividades, fazem acordos e ajustes para transformar a realidade em que convivem. Seres qualificados e comprometidos com o cuidado ao RN e a inclusão familiar que desenvolvem ações complexas e fundamentais no cotidiano do

cuidado. Seres humanos, profissionais que permanecem 24 horas por dia ao lado do RN para garantir a sobrevivência, minimizar o desconforto, a dor e o estresse; a interação e o desenvolvimento saudável deste, por meio de uma atenção qualificada, baseada em boas práticas na área neonatal. São profissionais em processo de educação permanente, dispostos a aprender, comprometidos, críticos, que refletem sobre suas ações, dialogam, interagem, intervêm, criam, transformam e buscam inovações e aperfeiçoamentos de suas práticas. São estimulados pela curiosidade, criatividade e inquietação, estão em permanente procura por conhecimento pessoal, profissional, das coisas e do mundo em que atuam. Buscam sempre ir além, serem “mais e melhores”, aprendendo e ensinando nas relações com seus pares e outros profissionais. Fazem a diferença no cuidar do RN. Por meio da prática educativa, através da ação-reflexão-ação, buscam, nos encontros, ser mais, fazer e pensar melhor, aperfeiçoar-se, dialogando, trocando conhecimentos, problematizando situações do seu cotidiano, almejando um cuidado seguro, personalizado e centrado no RN.

Os seres humanos envolvidos na pesquisa são profissionais auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros que compõem a equipe de enfermagem, que atuam em conjunto na assistência direta ao RN internado no SARNEO. As necessidades dos cuidados de enfermagem são avaliadas pela enfermeira e planejados para serem executadas juntamente com auxiliares e/ ou técnicos de enfermagem. Para o desenvolvimento desta habilidade, são necessários conhecimentos atualizados e cientificamente comprovados sobre o tema que podem ser adquiridos por meio do processo educativo. A equipe de enfermagem é composta por profissionais comprometidos e responsáveis, sensíveis às necessidades dos RN, que desenvolvem ações complexas e fundamentais para a sobrevivência, interação e desenvolvimento do RN. São seres sensíveis e atentos aos sinais e formas que os RN usam para expressar tranquilidade, satisfação e também a dor. Assim, estão disponíveis para em conjunto construir/repensar, com base nos conhecimentos adquiridos e científicos, maneiras para minimizar a dor do RN. Estes profissionais têm capacitação, conhecimentos e experiências prévias, além de habilidade para desenvolver as atividades necessárias para promover o bem-estar do RN de acordo com a sua formação. São seres inacabados, abertos para aprender. Precisam capacitar-se de forma contínua, permanente e problematizadora para que possam prestar uma assistência de qualidade e humanizada ao RN.

A enfermeira pesquisadora é a profissional habilitada que, por meio do diálogo, foi mediadora e facilitadora na condução da prática

educativa com as demais integrantes da equipe de enfermagem. Através do diálogo, reflexão-ação-reflexão, aprende, ensina, cria possibilidades, sensibiliza, ajuda na busca, condução das ações, produção e articulação de conhecimentos, problematização da realidade, construção de novos conhecimentos, interação e debate com as outras enfermeiras e, concomitantemente, coleta e analisa dados de sua pesquisa sobre fenômenos que acontecem na sua prática, com o apoio da orientadora.

Os familiares são seres que possuem todas as características do ser humano, conceituadas por Freire (2014; 2014a), que vivenciam um momento difícil, de medo pela possibilidade de perda do seu filho que transitam por um espaço desconhecido e assustador, que precisam de suporte, de apoio para superar este momento, informações e conhecimentos para ajudar no desenvolvimento de ações para a recuperação do filho.

3.3.2 Enfermagem

São profissionais que constituem uma equipe composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. São profissionais envolvidos na assistência, prestando cuidados diretos ao RN promovendo higiene, alimentação, medicações, controle de sinais hemodinâmicos, além do alívio e conforto. São profissionais que interagem com a família, estimulando sua participação nestes cuidados quando possível e com os demais membros da equipe de saúde.

3.3.3 Ambiente

Constitui-se de uma unidade de internação neonatal, local que presta assistência ao RN de baixo peso, pré-termos ou a termo com complicações, denominado neste estudo de SARNEO. Possui equipamentos e fármacos específicos para um cuidado de risco, assistência médica e de enfermagem com acompanhamento 24 horas por dia, por profissionais especializados na área, através de uma assistência humanizada e qualificada.

A Unidade Neonatal é vista como um lugar de aprendizado, de sofrimento, mas também de esperança. O local dispõe de aparatos tecnológicos de monitorização do quadro clínico, os quais podem gerar fatores estressantes, tais como: ruídos, luminosidade intensa, procedimentos invasivos, gerando dor e desconforto (BRASIL, 2014).

A Unidade Neonatal é dividida em leitos intensivos, destinados a RN graves, instáveis e que necessitam de cuidados de monitorização contínua, com suporte respiratório, medicações vasopressoras, cuidados com acesso central e periférico, dreno de tórax, clínica cirúrgica pré e pós-

operatório, prematuridade extrema, problemas clínicos, diálise peritoneal. Os leitos semi-intensivos da unidade neonatal são destinados aos RN estáveis, porém que necessitam de observação moderada, controle de sinais vitais intermitentes, controle de apneia, monitorização de peso e alimentação progressiva, avaliação e preparo para alta hospitalar. Já os leitos de isolamento são destinados a pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de infecção que necessitam de isolamento (TAMEZ, 2013).

3.3.4 Prática educativa

Constitui-se em um espaço coletivo, permanente e contínuo, de troca e socialização de conhecimentos, de interação, de respeito e diálogo. É o momento que possibilita a reflexão compartilhada sobre o meio em que se exercem as atividades assistenciais, e permite a participação ativa dos envolvidos para a transformação da prática vigente. É o caminho para desenvolver a capacidade crítica-reflexiva dos sujeitos, no caso dos membros da equipe de enfermagem, a aprendizagem significativa, a construção de conhecimentos a partir dos saberes prévios dos sujeitos articulados aos problemas vivenciados no trabalho com a possibilidade de transformar as práticas cotidianas e incorporar novos pensamentos e ações, ou seja, que comprometam a ação. É o processo de reflexão, ação, reflexão, a oportunidade de problematizar a realidade, teorizar sobre ela, instrumentalizar-se, ampliar conhecimentos, experiências e motivações, de criar e recriar o meio em que vive e trabalha, que podem resultar em novas ideias e soluções que superem as dificuldades encontradas na realidade (MULLER; ZAMPIERI, 2014).

É um espaço em que o sujeito aprende e ensina de forma permanente na relação com os outros e com o mundo onde atua e trabalha, com vistas ao protagonismo, e autonomia, comprometendo-se com a melhora da qualidade do trabalho e assistência prestada.

Consiste na educação que implica em aprendizagem significativa através da construção de conhecimentos prévios dos sujeitos envolvidos, articulados aos problemas vivenciados no trabalho. Processo de aprendizagem que se dá a partir de problemas da prática, problematização da realidade, da reflexão compartilhada e inseparabilidade do conhecimento e ação. É a condição necessária para o desenvolvimento profissional dos indivíduos, para aprimoramento e atualização, fortalecimento da competência pessoal, profissional e social que gera a produção de novos saberes com a possibilidade de transformar as práticas cotidianas do trabalho, sendo um processo contínuo (BRASIL, 2009; PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007; MÜLLER, ZAMPIERI,

2014). Consiste em um espaço de problematização, reflexão, diálogo e construção de consensos, de transformação e aprendizagem, valorização do trabalho como fonte do conhecimento, voltada para um olhar multiprofissional e concepção da integralidade (SARDINHA *et al.*, 2013).

3.3.5 Plano de cuidados

O plano de cuidados representa um conjunto de intervenções organizadas, sistematizadas. Permite uma linguagem universal do cuidado pela equipe de enfermagem, orientando “o que fazer”, “para quem fazer”, “como fazer” e “quem fazer”, justificando suas ações com embasamento científico. Faz parte de uma das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem propor intervenções, ações de cuidados específicos para cada diagnóstico observado a um determinado paciente. Possibilita à equipe de enfermagem prestar uma assistência qualificada, individualizada, respeitando as características específicas de cada paciente (COMISSÃO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM, 2014; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Assim, o plano de cuidados instrumentaliza a equipe de enfermagem para intervir diante das reações humanas do RN à dor. Direciona o olhar clínico para obter informações precisas através de uma avaliação adequada, usando uma escala, no caso a NIPS. Induz a equipe a observar e registrar de forma adequada. Orienta uma avaliação uniforme por toda a equipe de enfermagem, já que a dor é subjetiva. A partir dessa uniformidade no processo de avaliação, o plano de cuidados visa direcionar as ações de enfermagem para prevenção, alívio e conforto dos RN internados no SARNEO no que tange à dor, personalizando o cuidado para os pacientes prematuros menores de 30 semanas, asfíxiados e com desconforto respiratório. Posteriormente, essas intervenções, seguindo plano de cuidados para RN com dor, buscam garantir a reavaliação e as necessidades de novas intervenções, se necessárias.

O plano de terapia não farmacológica para prevenir e aliviar a dor estão fundamentados nos cuidados contingentes, aqueles realizados com o neonato, exigindo observação prévia das demandas, sinais e respostas apresentadas por ele; analisar a real necessidade do procedimento realizado no momento adequado para neonato. O desenvolvimento de um procedimento doloroso deverá ser realizado em duplas, por pessoas experientes, a fim de modular as respostas e as necessidades do RN (ANAND, 2017; BRASIL, 2014).

3.4 EDUCAÇÃO PROBLEMATIZADORA: CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO

A educação crítica considera os homens como seres inacabados, incompletos e evolutivos, em uma realidade também inacabada. Esse caráter de homens exige que a educação seja um processo contínuo, permanente e problematizador. A educação problematizadora reflete ações de um presente dinâmico e revolucionário, onde os sujeitos penetram na essência do objeto problematizado para desvelar a consciência da sua realidade (FREIRE, 1979).

A educação problematizadora requer destes homens, aqui seres humanos, profissionais de enfermagem, a compreensão do objeto a ser estudado a partir da realidade vivenciada por eles. Para essa compreensão, faz-se necessário o exercício de reflexão, associando os saberes existenciais aos saberes teóricos, gerando resultados e novos conhecimentos, na tentativa de solucionar o problema. Tais seres humanos tornam-se sujeitos críticos, reflexivos, autênticos e criadores. Para isso, é necessário criar um espaço de diálogo, empatia, reciprocidade, nunca de dominação, no qual a aprendizagem ocorra de forma natural e o desafio do problema seja solucionado (FREIRE, 1979; FREIRE, 2014a).

Suas respostas perante os desafios deste problema vivenciado podem modificar sua realidade, impregnando-a com o seu "espírito". Mais do que o puro fazer, são atos que contêm inseparavelmente ação e reflexão (FREIRE, 2014).

Neste processo, a compreensão sobre a realidade dos seres humanos é entendida como conscientização e apreensão da realidade, ou seja, implica refletir, constatar para mudar, construir e reconstruir. Quanto mais se penetra na essência do fenômeno, maior a reflexão e a transformação no mundo em que os homens e mulheres vivem, afinal, ninguém vive no mundo de forma neutra (FREIRE, 1979; 2014a).

A construção ou a produção do conhecimento sobre o objeto é um exercício de curiosidade, que busca estimular a capacidade de: imaginar, intuir, conjecturar, comparar na busca da razão da sua existência. A reflexão é o movimento realizado entre o fazer e o pensar e vice e versa, ou seja, no “pensar para o fazer” e no “pensar sobre o fazer”. A reflexão surge da curiosidade sobre a prática, inicialmente ingênua, no entanto, com o exercício constante, transforma-se em crítica (FREIRE, 2014; 2014a).

Para alcançar uma educação autêntica, que liberte e não se adapte é preciso, portanto, fazer da conscientização o primeiro objetivo de toda

educação. Antes de tudo provocar uma atitude crítica, de reflexão, que comprometa a ação (FREIRE, 1979).

Toda ação educativa só é válida se estiver precedida de uma reflexão sobre o homem e de uma análise do meio de vida concreto do homem que se quer ajudar a educar-se. Assim, o homem é sujeito através da reflexão sobre sua situação, suas relações com os outros e seu ambiente concreto, tornando-se consciente, comprometido e pronto a intervir na realidade para mudá-la. A realidade só pode ser modificada a partir do momento em que o homem descobre que é capaz de realizar e que é possível transformar (FREIRE, 1979).

Os processos de formação e qualificação dos trabalhadores da saúde devem estruturar-se a partir da problematização das práticas cotidianas e dos nós críticos que acontecem no trabalho diário, os quais dificultam a atenção integral e humanizada, bem como a qualidade do atendimento, utilizando metodologias ativas. Essa metodologia desperta a curiosidade dos profissionais, neste caso, os participantes desta pesquisa, por meio do ensino baseado nas experiências reais para a solução de um problema (BERBEL, 2011).

Essa pesquisa se apoia em ideias de Freire (2014; 2014a) e na metodologia ativa, por meio do Método da Problematização com o Arco de Magueréz, proposto por Bordenave e Pereira (2015), conforme a Figura 1, cujas etapas são: observação da realidade, levantamento de pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade.

Figura 1: Esquema do Arco de Charles Magueréz



Fonte: Bordenave e Pereira (2015, p. 10).

De acordo com Bordenave e Pereira (2015):

- a) Observação da realidade: levantamento do problema a partir da observação da realidade pelo processo de síncrise, leitura ingênua da realidade;
- b) Levantamento de pontos-chave: constitui no levantamento de variáveis que podem ser modificadas para solucionar o problema. Separa-se o que é verdadeiramente importante do que é puramente superficial ou contingente. Seu entendimento é chamado de modelo conceitual. É o momento em que os participantes estão estimulados pela necessidade da solução do problema através da curiosidade, entendimento, análise, comparações que estão presentes no processo de aprender;
- c) Teorização: O educando chega a “entender” o problema não apenas em suas manifestações empíricas e situacionais, mas também os princípios teóricos e científicos que as explicam, sendo o momento de análise;
- d) Hipótese de soluções: é a discussão sobre a teorização onde ocorre a formulação de um conceito próprio para gerar hipóteses de solução para uma aplicação prática, com o objetivo de solucionar o problema levantado. Neste momento, a criatividade deve ser estimulada para a busca de soluções. Contudo, deve-se trabalhar sua viabilidade, confrontando suas soluções com as limitações da prática;
- e) Execução efetiva ou aplicação na realidade: aplicação na prática dos processos discutidos.

Ao desenvolverem os cinco passos do Arco de Magueréz, os envolvidos participam de uma ação educativa de transformação e não de adaptação. Tal situação possibilita a eles olhar e atuar ativamente sobre sua realidade social, contribuindo para a transformação deste contexto como seres humanos. Assim, superam a acomodação, que acontece com todos que trabalham e deixam-se envolver pela rotina. Ao assumir o protagonismo, a autonomia em sua vida e trabalho a partir das interações e reflexões, tem-se como desfecho a construção compartilhada de novos conhecimentos (BORDENAVE; PEREIRA, 2015).

A observação crítica da sua prática de cuidar faz emergir pontos-chave (temas-chaves) de interesse em comum, considerados importantes para serem teorizados, tendo como objetivo a construção coletiva do conhecimento, levantamento de ideias, melhorias e soluções para os problemas evidenciados na prática. Desta forma, o novo conhecimento obtido por meio desse processo de reflexão torna-se significativo para a

equipe de enfermagem, facilitando e melhorando as práticas, constituindo-se um novo cuidar desempenhado pela enfermagem (BORDENAVE; PEREIRA, 2015).

4 MÉTODO

4.1 CARACTERÍSTICA DO ESTUDO

Pesquisa qualitativa na modalidade convergente assistencial. A pesquisa qualitativa é uma atividade que localiza o observador no mundo. Os pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender ou interpretar os fenômenos em termos de significados conferidos pelas pessoas. Buscam conhecer, compreender, interpretar as qualidades das entidades ou pessoas, os processos e os significados que não são examinados, medidos experimentalmente em termos de quantidade, intensidade, volume ou frequência. Buscam soluções para as questões que realçam o modo como a experiência social é criada e adquire significado. Neste tipo de pesquisa é ressaltada a natureza socialmente construída da realidade, a íntima relação entre o pesquisador e o que é pesquisado, assim como as limitações que influenciam a investigação (DENZIN; LINCOLN, 2006).

Esta abordagem direciona-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que o ser humano e/ ou grupo de pessoas fazem a respeito do que vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Serve para desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos de grupos particulares; propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2014). Segundo Minayo (2014), permite perceber e compreender, as interpretações que as pessoas constroem sobre um determinado fenômeno, no caso deste estudo, a avaliação da dor e seus manejos na ótica da equipe de enfermagem.

É uma pesquisa qualitativa na modalidade de PCA, pois busca trabalhar um problema existente na prática do pesquisador com o objetivo de procurar alternativas para melhorar e qualificar a assistência prestada ao RN para alívio da dor. O *setting* de pesquisa é o próprio ambiente de trabalho da pesquisadora, ou seja, a pesquisadora está inserida no contexto onde ocorre a prática. Este estudo, além de compreender esses fenômenos, visou construir, em equipe, um plano de cuidados para melhorar a assistência no manejo da dor por meio de uma prática educativa. Nesta modalidade de pesquisa, em todo o processo há uma estreita relação com a situação social, havendo intencionalidade para encontrar soluções dos problemas levantados e propor mudanças por meio da inovação da assistência no cuidar. Neste sentido, há uma valorização do “saber pensar” e “saber fazer” para a construção de novos

processos de trabalho, o “aprender a pensar o fazer” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Na PCA, o investigador coleta dados durante o seu trabalho de assistir e, portanto, pesquisa e assistência são complementares, o que difere de fazer as duas ações ao mesmo tempo. Não se trata de uma entrada exclusiva no campo, focando apenas a pesquisa e sim do compromisso do pesquisador em atuar presencialmente como um profissional de saúde na prática assistencial. Esse tempo de imersão equivale a uma coleta de dados posicionada no interior das situações coletadas. Conquanto a imersão seja programada para a realização da coleta de dados do pesquisador com a sua presença em determinadas situações da prática assistencial, estabelecidas no projeto de pesquisa, a apreensão dos dados em registro requer um distanciamento temporal e local, a fim de analisá-los. O grupo, nesta modalidade, chamado de grupo de convergência, tem por finalidade desenvolver pesquisa em simultaneidade com a prática assistencial em educação para a saúde ou na prática clínica (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A PCA constitui-se de um modelo próprio de metodologia denominada **fase de concepção**, na qual o pesquisador realiza uma reflexão sobre sua realidade, definindo a temática, questões de pesquisa, importância e justificativa, objetivos da pesquisa, discute sua realidade com literaturas existentes por meio de revisão teórica, determinando marco conceitual, marco teórico ou referencial teórico para relacionar com os fenômenos levantados na pesquisa, já trabalhados nos capítulos anteriores. Definida esta etapa, o pesquisador segue para a **fase de instrumentação**. Nela são definidas as questões metodológicas da pesquisa: o espaço físico da pesquisa, a escolha dos participantes, os métodos e técnicas de obtenção das informações, registro de informações. Concluída esta etapa, segue-se para a **fase de perscrutação**, que define estratégias para a obtenção das informações. Finaliza-se com a **fase de análise**. O processo assistencial, a coleta de informações e sua análise devem ocorrer simultaneamente para que o pesquisador possa refletir sobre as interpretações, descobrindo as lacunas existentes, que poderão ser preenchidas no decorrer do processo. A fase de análise constitui-se de quatro processos genéricos: apreensão, instrumentação, síntese e teorização que serão explicadas posteriormente (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Os resultados de uma PCA contemplam dois sentidos: o envolvimento direto da pesquisa-problema dentro do cenário assistencial e a ampliação deste resultado como objetivo de explicar seus reflexos na qualidade da assistencial do local de atuação (TRENTINI; PAIM;

SILVA, 2014).

4.2 *SETTING* DE PESQUISA

O Serviço de Alto Risco Neonatal (SARNEO) é uma unidade que pertence a uma Unidade de referência estadual para o MC, situado no município de Joinville, estado de Santa Catarina. A maternidade exerce suas atividades há 65 anos, é uma instituição de caráter público com recursos 100% vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e mantida pela Secretaria de Saúde do Estado. Conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), atualmente possui capacidade para 132 leitos, com atendimento obstétrico, acompanhamento de gestantes de alto risco e o SARNEO (BRASIL, 2015).

De acordo com o CNES, o SARNEO consta com dez leitos cadastrados de UTIN tipo II, oito leitos de UCINCo I, seis leitos de UCINCo II, três leitos de UCINCa e dois leitos de Unidade de Isolamento. Nesta unidade, atuam 98 profissionais de enfermagem, 15 enfermeiras e 83 profissionais entre técnicos e auxiliares de Enfermagem, com carga horária de 30 horas semanais, divididos em três equipes diurnas e três equipes noturnas. A taxa de ocupação é de 100% constantemente (BRASIL, 2015).

O SARNEO realiza suas atividades com base no MC, e periodicamente os profissionais que atuam no setor passam pelo processo de sensibilização para adquirir conhecimentos e repensar suas práticas de cuidados com o RN. Destaca-se a proposta de atendimento humanizado durante o período de internação neonatal. A equipe de enfermagem é orientada a desenvolver suas atividades assistenciais por medidas de controle do estresse e da dor, fortalecidas por meio do MC. Percebe-se, na prática, que esta realidade necessita de uma sistematização da assistência para todos os RN internados nesta Unidade, a fim de garantir o manejo eficaz na prevenção e alívio da dor.

A avaliação da dor nesta unidade é feita de duas maneiras: através da escala de NIPS, quando prescrita pelo médico, a cada seis horas somente para os pacientes internados na UTIN. Nas outras dependências do SARNEO, como UCINCo I e II, UCINCa e isolamento a escala de NIPS não é aplicada – utiliza-se a avaliação subjetiva do profissional. A escala somente é preenchida quando aparece o horário para checagem do item no prontuário eletrônico, não sendo realizada uma avaliação à beira do leito do paciente. O técnico de enfermagem checa os itens que foram observados e automaticamente este valor é somado pelo sistema e registrado no prontuário do paciente. Quando a pontuação da escala

atinge o nível de dor, a equipe de enfermagem normalmente não comunica aos demais membros da equipe de saúde e o manejo adotado não é avaliado e nem reavaliado por meio desta escala. Medidas não farmacológicas de alívio são feitas, de acordo com a experiência de cada profissional.

A segunda forma de avaliação da dor neonatal realizada pela equipe de enfermagem é por meio da observação de sinais demonstrados pelo RN, sejam características comportamentais ou fisiológicas. É o método que a equipe de saúde adota para a avaliação, manejo e reavaliação da dor, a avaliação subjetiva.

O SARNEO não possui a Sistematização da Assistência em Enfermagem para os cuidados na avaliação e manejo da dor neonatal. As medidas não farmacológicas são empregadas aos RN, porém não seguem um plano de cuidados sistematizados. Já a terapia farmacológica é empregada conforme prescrição médica. As medidas não farmacológicas são empregadas no RN, porém nem todas estão descritas no POP.

Diante destas constatações, este foi o local escolhido para a realização da pesquisa, pois foi nesta realidade que a pesquisadora sentiu a necessidade de investigar com vistas às modificações da prática, além deste ser o local de desenvolvimento diário de atividades assistenciais da pesquisadora.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Segundo Minayo (2014), a pesquisa qualitativa não requer um número significativo para a coleta de dados, pois privilegia as informações a serem descobertas pelo pesquisador. Uma boa amostra é aquela que permite refletir sobre as múltiplas dimensões do fenômeno (MINAYO, 2014). O envolvimento do sujeito com a prática permite que o pesquisador possa extrair informações para refletir sobre as diversas dimensões existentes no problema em estudo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Foram convidados a participar do estudo 98 profissionais de enfermagem entre 83 técnicos/ auxiliares de enfermagem e 15 enfermeiras distribuídos entre plantões diurnos e noturnos. Destes, apenas 66 profissionais participaram do estudo: 10 enfermeiros e 55 técnicos/ auxiliares de enfermagem. Os demais 33 profissionais não participaram da pesquisa por motivos de: férias, licença-maternidade, licença-prêmio, tratamento de saúde e/ ou troca de plantão durante o período de coleta de dados.

A pesquisa desenvolveu-se em **três etapas**, sendo: **primeira etapa**

– Realização da observação dos profissionais e entrevistas; **segunda etapa** – Desenvolvimento da prática educativa; e **terceira etapa** – Construção do plano de cuidados não farmacológicos para o manejo da dor neonatal.

Na primeira etapa foram selecionados representantes dos diferentes turnos/ plantões, sendo selecionados 19 profissionais de enfermagem, de acordo com a saturação de dados: um auxiliar de enfermagem, nove técnicos de enfermagem e nove enfermeiras, dos plantões diurnos e noturnos. Entre as enfermeiras, sete atuam diretamente com a assistência ao neonato, sendo que duas enfermeiras atuam no cargo de coordenação da Unidade, mas já atuaram diretamente na assistência ao RN. Na PCA, a amostragem pode ser pequena e devem estar de acordo com as possibilidades do pesquisador e saturação de dados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Entende-se como saturação de dados o momento em que as informações não mostram nenhum fenômeno diferente e as informações das entrevistas tornam-se cansativas e repetitivas (MINAYO, 2014). Na PCA a amostragem é pequena e devem estar de acordo com as possibilidades do pesquisador (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A escolha destes participantes deu-se, sobretudo, em função da disponibilidade para atuar em todos os momentos exigidos pelo estudo, mantendo as atividades do setor sem solução de continuidade. Como o número de funcionários é grande, tornou-se inviável trabalhar numa abordagem qualitativa com todo o contingente de pessoal. Contudo, pensando-se numa forma de todos participarem efetivamente do processo de construção do plano de cuidados, optou-se que todos os membros da equipe de enfermagem que estavam atuando no SARNEO participassem do momento da prática educativa.

Os critérios de inclusão para a participação na primeira etapa foram: interesse, aderência ao tema; atuar no mínimo há seis meses no setor, dispor de tempo hábil para a adaptação do sujeito com as rotinas do setor; e estar presente no *setting* de pesquisa durante a coleta de dados. Os critérios de exclusão foram: licença-maternidade, licença-prêmio, férias, atestado ou a não concordância de participação.

Para a segunda etapa foram convidados todos os profissionais de enfermagem que estivessem em seu turno de trabalho durante os dias em que ocorreram os encontros. Nesta etapa participaram 65 profissionais de enfermagem, sendo 10 enfermeiros e 55 técnicos/ auxiliares de enfermagem e uma psicóloga. A profissional de psicologia aceitou participar desta etapa para oferecer suporte durante o envolvimento com a equipe nas dinâmicas. Dos 98 profissionais de enfermagem, 33

integrantes não participaram, sendo que as principais causas apontadas foram: licença-maternidade, férias, atestado e a indisponibilidade do profissional em ausentar-se do setor devido a intercorrências na Unidade. O critério de inclusão utilizado nesta etapa foi estar presente no *setting* de pesquisa durante o período da prática educativa. Os critérios de exclusão foram: não estar presente durante a jornada de trabalho, licença-maternidade, licença-prêmio, licença-saúde e férias.

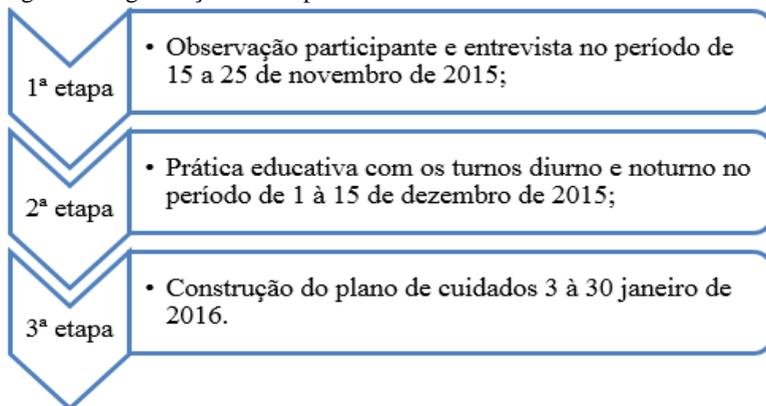
Este momento subsidiou esta pesquisadora a sensibilizar a equipe de enfermagem para a importância da temática e conhecer suas reais necessidades para melhorar o processo de avaliação e manejo da dor, contribuindo para a construção do plano de cuidados. Os participantes envolvidos no estudo foram os componentes da equipe de enfermagem que atuam no SARNEO, os quais constituíram os grupos de convergência da prática educativa.

Os envolvidos na pesquisa tiveram sua participação ativa em todas as etapas da pesquisa: na observação, na entrevista, na prática educativa e na construção do plano de cuidados para o manejo da dor neonatal, em consonância com o proposto por Trentini, Paim e Silva (2014).

4.4 ETAPAS DO ESTUDO

O estudo foi constituído de três etapas: **primeira etapa**— observação participante e entrevista; **segunda etapa**— prática educativa; e **terceira etapa** — construção do plano de cuidados. A organização destas etapas está descrita na Figura 2 abaixo para melhor compreensão:

Figura 2: Organização das etapas do estudo



Fonte: Elaborada pela Autora

Primeira etapa: A observação participante e a entrevista. A observação participante teve por finalidade identificar as formas de avaliação da dor, as condutas realizadas mediante esta situação e as demandas da unidade de saúde. Esta etapa ocorreu no período de 15 a 25 de novembro de 2015 e as observações foram registradas em diário de campo. A entrevista teve por finalidade identificar como os membros da equipe avaliam e manejam a dor em seu local de trabalho.

Segunda etapa: A prática educativa teve como objetivo sensibilizar os profissionais para a temática, servindo para coletar informações com base em situação da realidade e problematizado pelos membros. Esta etapa ocorreu no período de 1 a 15 de dezembro de 2015. A observação e as entrevistas foram realizadas antes da prática educativa para que as informações coletadas não fossem influenciadas pela prática educativa. Desta forma, foi possível coletar informações que retratassem a realidade contextualizada pelos profissionais de enfermagem e os conhecimentos prévios da equipe, bem como suas dificuldades, facilidades e contribuição para o decorrer da pesquisa.

Terceira etapa: Construção do plano de cuidados entre o período de 3 a 30 de janeiro de 2016, aprofundada a *posteriore*. Os itens contemplados nesta etapa foram advindos da análise da primeira e segunda etapas com apoio da revisão de literatura, *guidelines* e demais artigos científicos, que se constituem em elementos fundamentais para a construção de um conhecimento atualizado e aprofundado para subsidiar a construção do plano de cuidados.

O plano de cuidados foi redigido preliminarmente por esta pesquisadora, foi revisto e alguns pontos foram debatidos pelo grupo de convergência e demais membros da equipe de saúde. Foram utilizadas estratégias para facilitar o processo de construção do plano de cuidados para que os membros pudessem contribuir nesta construção coletiva através de *e-mails*, conversas individuais e coletivas, com o intuito de aperfeiçoar o plano de cuidados. Após o término da dissertação, o plano de cuidados será novamente debatido e validado pelos demais membros da equipe de enfermagem, profissionais de saúde e setores envolvidos para a implantação dos cuidados.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu com a efetiva participação da pesquisadora com os sujeitos envolvidos durante as atividades assistenciais no *setting* de pesquisa, por meio de observação participante, entrevistas e prática educativa, conforme proposto por Trentini, Paim e

Silva (2014).

A coleta de dados ocorreu por meio da observação participante, entrevistas e prática educativa no período de 15 de novembro a 15 de dezembro de 2015.

A observação participante é uma estratégia para obter informações e compreender determinados fenômenos presentes na realidade do local, o SARNEO, os quais não podem ser obtidos por meio das entrevistas (MINAYO, 2014; TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). O objetivo desta observação foi identificar como o participante da pesquisa avalia, maneja a dor neonatal e compreender suas dificuldades neste processo.

Para observação no campo de pesquisa foram utilizadas questões norteadoras, dispostas no APÊNDICE A. A abordagem inicial incluiu um convite individual aos participantes, explicando o objetivo e as etapas da pesquisa, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponível no APÊNDICE B. O participante assinou na ocasião o termo, confirmando sua participação na pesquisa e prática assistencial.

Para realizar a etapa de observação, a pesquisadora avaliou a dinâmica da Unidade para que não interferisse de forma negativa na rotina da unidade. A observação seguiu um roteiro pré-estabelecido, atentando para ações assistenciais diretas aos RN, preferencialmente perto do horário de manuseá-los; a forma de avaliação subjetiva e a utilização da escala de NIPS. Nos demais horários foram observadas situações referentes à dinâmica da Unidade, tais como luminosidade, ruídos e ocorrência de procedimentos que causassem dor e a avaliação da dor nas demais dependências do SARNEO. Em muitos momentos, houve interação por parte desta pesquisadora no cuidado direto ao RN, a fim de perceber o comportamento do bebê antes, durante e após o manuseio, ou quando era identificado algum sinal de desconforto ou estresse, manifestado pelo RN. Ademais, contribuiu para experimentar as dificuldades no processo de avaliação da dor, tanto na forma subjetiva como por meio da escala de NIPS e demais formas de registros de enfermagem sobre o manejo da dor.

Foi possível realizar a observação em todas as dependências do SARNEO, UTIN, UCINCo 1 e 2 e UCINCa. A duração das observações variou de duas a três horas. Após as observações, e disponibilidade do participante, foi realizada a entrevista individualizada em um ambiente tranquilo e reservado para que o participante pudesse sentir-se à vontade para expor suas ideias.

A entrevista semiestruturada é a coleta de informações realizada por meio da aplicação de um roteiro com perguntas principais, apoiados em teorias e hipóteses de acordo com o tema da pesquisa. Esta técnica é

empregada em pesquisas qualitativas (MANZINI, 2012; REIS *et al.*, 2012).

A entrevista foi dividida em duas partes. A primeira abordou o perfil dos participantes e a segunda atendeu questões relativas à pesquisa sobre a avaliação e manejos da dor, conforme Apêndice C. Esta foi realizada individualmente com o profissional de enfermagem. A escolha de cada profissional de enfermagem foi aleatória, conforme critério de inclusão e exclusão e observância da saturação. Foram realizadas perguntas abertas, por meio das quais o entrevistado expressou sua percepção, participando ativamente da pesquisa. A pesquisadora esteve disponível para realizar a entrevista independente do tempo despendido, ouvindo de forma empática e atenta.

Durante a entrevista foi possível compreender de maneira ampla, a forma de identificação e avaliação da dor, bem como o significado que a NIPS representa para o profissional, e os métodos de alívio empregados pela equipe. Foram levantadas as limitações e facilidades para avaliação da dor e o papel da enfermagem neste processo. Sua duração variou entre uma hora a uma hora e meia. Tanto as observações como as entrevistas foram gravadas mediante a autorização dos participantes, os nomes foram preservados, sendo utilizados nomes fictícios para manter o anonimato. Estes dados foram transcritos e analisados de forma preliminar e depois profundamente pela pesquisadora, os quais subsidiaram a prática educativa e a construção coletiva do plano de cuidados.

Num segundo momento, a prática educativa foi desenvolvida por meio de grupos de convergência que também foi uma técnica de coleta de dados. Foram desenvolvidas atividades de construção de quebra-cabeça para revisitar suas práticas assistenciais e iniciar o momento de reflexão.

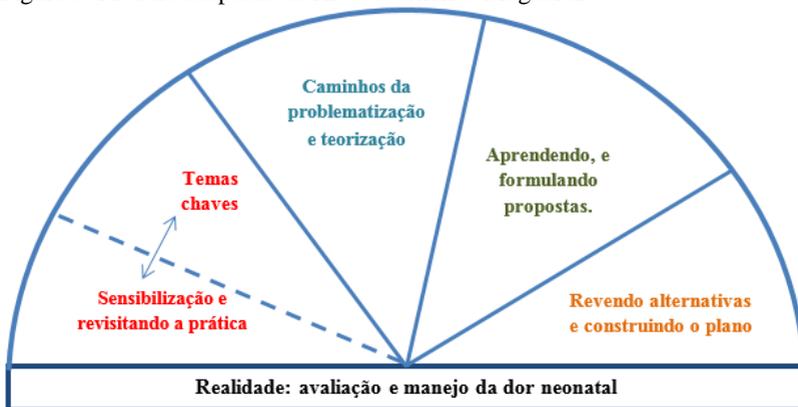
O grupo de convergência consiste em uma reunião de pessoas com interesses ou problemas em comum, com o propósito de refletir e melhorar suas habilidades e práticas, por meio de problematização e teorização, sob orientação de um facilitador que acompanha seus esforços. Neste estudo, estes se desenvolveram por meio de encontros denominados oficinas. Para o desenvolvimento desta atividade foram necessários: determinar o objetivo do encontro, dispor de um local adequado, materiais de trabalho e um educador-facilitador que acompanhasse os trabalhos onde foram realizados (BORDENAVE; PEREIRA, 2015; TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

As práticas educativas seguiram as ideias de Freire (2014; 2014a) e Bordenave e Pereira (2015), por meio da metodologia da Problematização de Arco Charles Maguerez, compreendendo os seguintes passos: observação da realidade, levantamento de pontos

chaves, teorização, hipóteses de soluções, execução efetiva ou aplicação na realidade, como já descritos no referencial teórico.

A prática educativa constituiu-se de cinco etapas, baseadas no Arco da Problematização de Magueréz conforme a Figura 3.

Figura 3: Modelo adaptado do Arco de Charles Magueréz



Fonte: Adaptado pela Autora a partir de Bordenave e Pereira (2015, p. 10).

- a) **“Conhecendo-se” e apresentando a proposta:** momento de apresentação e interação. Com intuito de estimular o entrosamento dos participantes e apresentar o objetivo da oficina;
- b) **“Sensibilizando e revisitando a prática”:** foi o momento de sensibilizar os participantes para a temática por meio de dinâmica, uso de fotos, que representasse as diferentes realidades vividas pelos participantes no cotidiano da prática, para então iniciar o processo de problematização. A dinâmica buscou resgatar situações da prática vivenciadas pelo grupo de convergência, aprofundar conhecimentos através de discussões em equipe para o envolvimento com a questão de pesquisa, elencando **os temas chaves** pelos participantes. Esta etapa constituiu o primeiro passo do Arco de Magueréz;
- c) **“Caminho da problematização e teorização”:** os **temas chaves** foram acordados e agrupados em categorias, problematizados e discutidos à luz da literatura científica, um passo fundamental do Arco de Magueréz, a teorização;
- d) **“Aprendendo e formulando propostas”:** os

conhecimentos apreendidos e teorizados foram debatidos entres as equipes, o que possibilitou a construção de um conhecimento novo a respeito da temática proposta e sobre a realidade vivenciada pelo grupo de convergência. Seguiram-se os passos de levantamento de hipótese para a construção coletiva do plano de cuidados;

- e) **“Revendo alternativas e construindo o plano”**: foi o momento da discussão de soluções aplicáveis para a realidade deste *setting* de pesquisa, avaliação das estratégias utilizadas na prática, e sugestões de alternativas e hipóteses para a construção do produto final, o plano de cuidados, que em outro momento será validado pela equipe de saúde do *setting* em pesquisa.

Para o desenvolvimento desta prática foi realizado um planejamento estratégico para facilitar o andamento dos trabalhos. Durante o processo para a aprovação do projeto de pesquisa pelo comitê de ética foi elaborado um planejamento do desenvolvimento da prática educativa. Este projeto foi discutido com a Coordenação de Enfermagem do SARNEO para o desenvolvimento prático da atividade. Conforme a liberação da coordenação, esta atividade foi inclusa para a promoção de horas de curso na progressão salarial. Os 11 dias estipulados para o desenvolvimento da prática educativa, englobando os diferentes turnos de atuação da enfermagem, foram agendados conjuntamente com a coordenação do SARNEO, após a observação e as entrevistas com os participantes da pesquisa. Antes da realização do encontro foi observada a dinâmica do SARNEO para que a prática educativa não interferisse de forma negativa no processo de trabalho da Unidade. Esta prática ocorreu entre os dias 1e 15 de dezembro de 2015.

A prática educativa teve um caráter de sensibilização para três questões importantes: a primeira envolveu questões relacionadas à avaliação da dor no RN; a segunda questão foi relacionada à sensibilização do grupo com relação à responsabilidade da equipe de enfermagem no planejamento do cuidado, a produção do conhecimento para melhorar a prática e a aderência de todos aos novos cuidados; a terceira questão trouxe discussões sobre os conhecimentos e dificuldades do uso da escala de NIPS, já que o tema foi colocado em pauta.

Os encontros foram realizados no intervalo do manuseio dos RN. No período diurno foram desenvolvidos encontros diurnos, às nove horas, e no período noturno às 21 horas, com duração média de uma hora e meia cada. A fim de apoiar no suporte emocional durante o desenvolvimento da atividade foi solicitada a participação voluntária de uma profissional

do serviço de psicologia, membro da equipe multiprofissional do MC, em dois encontros, um diurno e um noturno. O relatório desta prática educativa consta como Manuscrito 3 intitulado: **“Dor neonatal: conhecer, sensibilizar e revisitar práticas de enfermagem”**.

Para a coleta de dados nesta etapa foram utilizadas as técnicas de gravação que posteriormente foram transcritas pelo próprio pesquisador e o recurso didático de confecção de cartazes pelos participantes, onde foram colados os quebra-cabeças com registros de significações pessoais remetidas pelas imagens (fotos), a reflexão dos cuidados realizados pela equipe para o alívio da dor, a forma por meio da qual a equipe reconhece a dor, bem como o papel da enfermagem no manejo desta.

Para a realização de todas as etapas, inicialmente o pesquisador orientou os envolvidos sobre o objetivo desta pesquisa, apresentou o TCLE, solicitando a autorização para gravar as etapas de observação, entrevista e prática educativa, sendo que nesta última houve registro fotográfico deste momento com a autorização prévia dos participantes de acordo com APÊNDICE D.

4.6 REGISTRO DE DADOS

As informações coletadas durante a observação, entrevista e prática educativa foram gravadas e transcritas em um formulário próprio. Estas informações foram registradas em diário simples contendo informações referentes às percepções do pesquisador durante o processo de avaliação e manejo da dor pelos participantes, e as informações do próprio pesquisador sobre sua percepção em cada momento da pesquisa.

Estes registros permitiram descrever informações referentes às pessoas e auto-observações, relato de experiências, ideias, dúvidas, pensamentos próprios, reações, erros e acertos, problemas, além de sentimentos e emoções experimentadas pelo fenômeno observado, vivenciado e apresentado pelos participantes durante o período de coleta de dados. As informações coletadas geraram novos questionamentos, apontaram facilidades e dificuldades enfrentadas na prática assistencial desta realidade.

4.7 ANÁLISE DE DADOS

Na PCA a ação assistencial, a coleta e a análise de informações ocorrem de forma simultânea. Este tipo de pesquisa aceita vários métodos de coleta de dados: a observação, os registros, a entrevista e a prática educativa. Para a análise de dados foram utilizados os métodos adotados

pela própria PCA (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014):

- a) Processo de apreensão: iniciado com a coleta de dados. São registros de informações coletadas de forma organizada através de códigos para iniciar a formação de categorias, denominado de codificação, que significa reconhecer nos relatos dos participantes palavras-chaves que persistem nos depoimentos. Feita a codificação, realizou-se a leitura vertical e transversal, a fim de unir informações comuns relatadas por vários participantes e referidas por cada um nos diferentes momentos. Foram escolhidos os códigos mais significativos que respondem às questões de pesquisa.

Estas categorias reúnem um conjunto de informações similares e sua profundidade depende da habilidade do pesquisador em coletar as informações. Finalizada esta etapa, o material foi codificado e as informações foram unificadas e categorizadas com características similares. Este processo deu-se por encerrado quando os dados foram suficientes para formar um relato completo, detalhado, coerente e substancial das informações (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Para organização dos registros, as informações das observações, entrevistas e prática educativa foram organizadas de forma sistemática. As informações coletadas das entrevistas, observações e da prática educativa foram tabeladas com as seguintes informações: falas dos participantes, significações representativas do pesquisador e do orientador e categorias, sendo realizadas em dois momentos distintos. As falas foram agrupadas conforme a semelhança do conteúdo, originando categorias para serem analisadas profundamente em consonância com o proposto na modalidade convergente assistencial. Após as codificações foram realizadas leituras vertical e transversal buscando aspectos convergentes, expressões com significado comuns ou que se complementassem entre si, originando as categorias (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

- b) Processo de síntese: é o processo de associações e variações de informações apreendidas. Momento em que o pesquisador analisa subjetivamente as informações apreendidas. Concluiu-se este processo quando o pesquisador rememorou detalhadamente as cenas contextualizadas na pesquisa, a fim de criar para ele mesmo material ilustrativo de todo processo de trabalho. Com este material, o pesquisador construiu um esquema teórico, descobriu os valores contidos nas informações que auxiliaram a formular pressupostos e questionamentos.

Neste momento, foi realizada uma síntese de informações contidas em cada categoria e descritas de forma aprofundada, investigando minuciosamente: novos conhecimentos sobre o fenômeno “a dor, avaliação e condutas”;

- c) Processo de teorização: é o processo teórico das relações no processo de síntese. A interpretação foi feita à luz de fundamentação teórica, associando-a aos dados analisados. O referencial-teórico-metodológico e a revisão integrativa, e demais literaturas científicas como *guidelines*, o Manual de Atenção à Saúde do Recém-nascido, subsidiaram as interpretações das informações categorizadas;
- d) Processo de transferência: é a etapa final do processo analítico. Os resultados refletidos geraram questões importantes sobre o tema, visando qualificar o cuidado prestado no alívio da dor. Os resultados refletidos poderão ser replicados, adaptados e contextualizados em situações similares a fim de socializar, sem generalizar.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido à análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt e o termo de anuência da Maternidade Darcy Vargas, sendo aprovado sob o número 49930315.6.0000.5363 (ANEXOS E e F). A coleta de dados foi iniciada após o resultado de aprovação. Os participantes assinaram o termo de consentimento após leitura prévia do documento e concordância com o teor das informações nele redigidos.

De acordo com os preceitos éticos determinados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foi garantido aos participantes da pesquisa a autonomia para participar ou desistir da pesquisa, o anonimato, a não maleficência e o direito de participação voluntária. Os nomes dos participantes foram substituídos por nomes fictícios de flores para manter o anonimato (BRASIL, 2012).

Foi assegurado aos participantes desistirem da pesquisa a qualquer momento sem que houvesse prejuízos legais e/ ou financeiros (BRASIL, 1998; BRASIL, 2012).

Salienta-se que a pesquisa não envolveu apoio financeiro ou patrocínio aos participantes de espécie alguma, não sendo dada remuneração pela participação destes. Este estudo englobou o desenvolvimento da prática educativa, atividade que estimula a

integração entre os participantes da pesquisa e a expressão de opiniões da forma que não se sentissem prejudicados ou constrangidos.

Conforme o TCLE, contém informações esclarecedoras quanto: ao objetivo e às etapas de desenvolvimento desta pesquisa; à autorização para gravação dos encontros e registro fotográfico das práticas educativas, respeitando o anonimato e identidade dos participantes; à possível mobilização emocional durante a pesquisa; ao acolhimento, formas várias de expressão de pensamento, agendamentos prévios dos encontros com horário e local pré-definidos; à importância da participação dos participantes de forma voluntária, podendo estes desistir em qualquer etapa da pesquisa sem qualquer prejuízo. A participação nesta pesquisa foi voluntária, sem apoio financeiro, esclarecendo a importância da participação dos sujeitos na pesquisa.

Foi preservado o anonimato dos participantes nas entrevistas, observações e prática educativa. As imagens fotografadas foram utilizadas como cunho ilustrativo da execução da prática educativa com vistas à construção do plano de cuidados, após autorização e assinatura do termo de consentimento. Foi garantido aos participantes recusarem-se a participar da imagem fotográfica, sem que isto implicasse na desistência da pesquisa. Para garantir o anonimato, os participantes foram identificados por nome de flores, por exemplo: “Rosa”, “Lírio”, “Violeta”.

As gravações das entrevistas serão armazenadas pela pesquisadora principal por um período mínimo de cinco anos e, após esse tempo, serão inutilizadas, de acordo com a Lei dos Direitos Autorais nº 9610/98 (BRASIL, 1998).

5 RESULTADOS

Os resultados foram redigidos em forma de manuscritos e plano de cuidado, conforme estabelecido na legislação do Mestrado em gestão, Instrução normativa 01/MP ENF/ 2014.

O **Manuscrito 1** intitulado “Revisão integrativa 2011-2016: avaliação e manejo da dor neonatal pela equipe de enfermagem” foi descrito no capítulo Aproximação com a literatura. O **Manuscrito 2** intitulado “Avaliação e manejos da dor em um serviço de alto risco neonatal” desvela o processo de avaliação, manejos da dor neonatal e significações individuais e coletivas sobre a dor neonatal neste *setting* de pesquisa. O **Manuscrito 3** intitulado “Dor neonatal: compreender, sensibilizar e revisitar práticas de enfermagem” apresenta a prática educativa desenvolvida com os profissionais de enfermagem, tendo por objetivo sensibilizar a equipe de enfermagem quanto à importância da avaliação da dor neonatal e o papel da enfermagem no manejo desta.

Por fim, foi elaborada a proposta de um plano de cuidados de terapia não farmacológica para o manejo da dor para o Serviço de Alto Risco Neonatal, intitulada “**Plano de cuidados não farmacológicos para o manejo da dor neonatal**”, sendo o último resultado. O plano de cuidados, construído pela pesquisadora com a colaboração dos profissionais de enfermagem, foi baseado nos resultados obtidos da revisão integrativa e demais literaturas científicas, tais como *guidelines*, recomendações da *American Academy of Pediatrics* e *Canadian Pediatric Society*, o Manual de Atenção ao Recém-nascido de baixo peso; e os resultados das duas etapas da pesquisa: observação, entrevista e prática educativa.

O plano de cuidados, após aprovação da dissertação, será apresentado posteriormente para toda a equipe de saúde deste local de pesquisa, propiciando a participação ativa da equipe no processo de validação das informações nele contidas. Esta iniciativa ajudará na adesão de todos os profissionais e permitirá novos ajustes, contribuindo para a qualificação dos cuidados prestados ao recém-nascido para prevenir, minimizar, aliviar e tratar a dor. A validação faz parte do processo de educação permanente, já que se considera que o processo de educar é contínuo, não finda.

O Arco de Maguerez propicia este retorno à realidade, nova problematização da prática com o grupo, novas propostas, um processo contínuo de construção e reconstrução, sem fim, para que o plano de cuidados tenha maior aderência possível às necessidades do RN e seja implantado de forma eficaz.

5.1 MANUSCRITO 2 – AVALIAÇÃO E MANEJOS DA DOR EM UM SERVIÇO DE ALTO RISCO NEONATAL

RESUMO

Pesquisa qualitativa na modalidade convergente assistencial cujo objetivo foi identificar como a equipe de enfermagem avalia a dor neonatal e os manejos diante da dor. Realizada em um Serviço de Alto Risco Neonatal, envolvendo 65 profissionais de enfermagem no período de 2015 a 2016. Os dados foram coletados por observação, entrevista e prática educativa. A análise de dados seguiu as etapas de apreensão, síntese, teorização e transferência. Atenderam-se princípios éticos. Originaram cinco categorias: compreensão da dor; avaliação da dor neonatal; condutas de enfermagem diante da dor neonatal; comunicação/ registros do manejo da dor; estratégias para melhor gestão da dor. Os participantes reconhecem a dor neonatal, avaliam de forma subjetiva empregando manejos não farmacológicos e farmacológicos de forma não sistemática. Conclui-se que através da prática educativa a equipe de enfermagem reconheceu a dor neonatal e suas consequências; proporcionou momentos de reflexão, debate e produção de conhecimentos para transformação na atenção à saúde neonatal.

Palavras-chave: Dor. Recém-nascido. Enfermagem. UTI Neonatal. Manejo da Dor. Avaliação da Dor.

INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um possível trauma tecidual ou psicológico (IASP, 1994) nos pacientes internados nas Unidades Neonatais (UN). Tal definição implica sua subjetividade e aprendizado por meio de experiências traumáticas que envolvem fatores sensoriais, cognitivos, fisiológicos, afetivos, comportamentais e espirituais (BARBOSA; PUPIM, 2014). A intensidade da dor varia para cada indivíduo e é influenciada por fatores culturais e ambientais (COSTA, *et al.*, 2016).

A UN dispõe de diversos aparatos tecnológicos que garantem a sobrevivência dos pacientes internados e apoio de profissionais qualificados para prestar assistência a essa clientela. Contudo, para realizar os cuidados especializados, os profissionais de saúde expõem os recém-nascidos (RN), em sua maioria pré-termos, a diferentes procedimentos dolorosos, estressantes e excessivas manipulações (GAÍVA *et al.*, 2014). Somam-se a isto, as complicações da

prematuridade; as intercorrências durante a internação; o tempo de internação, normalmente prolongado. Ademais, os desconfortos comuns a todos os neonatos como a fome; as cólicas, os distúrbios de sono; o desconforto de sentir-se molhado; a permanência corporal na mesma posição; o distanciamento dos familiares, toque e manuseio do neonato por diversos profissionais, interferindo no seu bem-estar, o ambiente ruidoso e com luminosidade persistente, que desencadeiam o processo doloroso no RN.

Diversos fatores interferem na sensibilidade do neonato frente às primeiras experiências dolorosas: as vias descendentes inibitórias dos sinais dolorosos a partir da periferia; os controles inibitórios interneurais e os neurotransmissores inibitórios na medula espinhal pouco desenvolvida; as células nervosas periféricas estão relacionadas a maiores superfícies de pele, aumentando os campos receptivos à dor; os reflexos espinhais frente a estímulos mecânicos da pele são menores; e a produção de endorfinas ainda não é suficiente (BRASIL, 2014; TAMEZ, 2013; TURNAGE; LABRECQUE, 2015). Entre a 20^a e a 24^a semana gestacional já é perceptível às sensações dolorosas, devido a vários receptores sensitivos (TAMEZ, 2013; TURNAGE; LABRECQUE, 2015).

O recém-nascido pré-termo (RNPT), parcela da população que interna na UTIN, é mais sensível à dor em relação ao recém-nascido a termo (RNT) devido ao baixo limiar de dor e a imaturidade das fibras inibitórias descendentes. Neste sentido, as respostas aos estímulos dolorosos nos RNPT são mais intensas e agudas, capazes de repercutir nos sistemas cardiovascular, hormonal e metabólico (ANAND, 2017; BRASIL, 2014; TAMEZ, 2013).

Os *guidelines* sobre Consenso de Gestão e Prevenção de Dor em RN determina que a avaliação da dor deva ser realizada e documentada no intervalo de quatro a seis horas ou quando identificados sinais de dor. Existem diversos instrumentos para avaliar e mensurar a dor, que devem conter indicadores comportamentais e fisiológicos que atendam o perfil da Unidade. Recomenda-se também que a dor seja avaliada por diversos profissionais (ANAND; INTERNATIONAL EVIDENCE-BASED GROUP FOR NEONATAL PAIN, 2001; BRASIL, 2014a; TURNAGE; LABRECQUE, 2015).

A equipe de enfermagem permanece ao lado dos neonatos em constante vigília, tendo o compromisso de identificar, avaliar e manejar a dor. O preparo profissional é fundamental neste processo. Contudo, a dor ainda é subestimada e subtratada em diversas UN. Os principais motivos deste comportamento é o reduzido conhecimento sobre os efeitos da dor

e seu manejo, a maior preocupação da equipe com a sobrevivência, secundarizando a dor e, por vezes, a sobrecarga do trabalho da equipe (GIBBINS *et al.*, 2015; MARTINS; ENUMO; PAULA, 2016; MONFRIM *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2011; ROCHA *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2015). Em relação aos aspectos do RN, os motivadores são a sua própria fragilidade que interferem no apego e respostas inconsistentes do neonato que dificultam a interpretação de sinais e respostas à dor; o contexto cultural das sociedades ocidentais, valorizando quem suporta a dor e o sofrimento (BRASIL, 2014; CAPELLINI, 2012; GIBBINS *et al.*, 2015) constituem outro motivo.

A dor pode ser evidenciada pelas expressões fisiológicas e comportamentais, como alterações na oxigenação, frequência cardíaca e respiratória, saturação de oxigênio, pressão arterial, concentrações hormonais, movimento corporal, mímica facial, choro, padrão de sono e vigília. As medidas fisiológicas não devem ser avaliadas isoladamente, enquanto as representações comportamentais são mais específicas, porém não permitem mensurar a intensidade da dor. Neste sentido, a avaliação comportamental é subjetiva, dependendo da aptidão do profissional para interpretar a dor. A conciliação das duas avaliações pode contribuir em uma avaliação mais efetiva da dor (BRASIL, 2014a; TURNAGE; LABRECQUE, 2015).

Segundo a *American Academy of Pediatrics Canadian Pediatric Society* (AAP; CPS, 2016), além das avaliações é importante instituir estratégias de prevenção e tratamento da dor neonatal. Essas estratégias referem-se ao uso de medidas não farmacológicas, tais como, a administração de sacarose por via oral, a sucção não nutritiva, a amamentação, a contenção facilitada, o enrolamento. A atenção humanizada, incluindo a adoção de boas práticas na neonatologia, contribui no controle e prevenção da dor, destacando-se a Política de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido Prematuro, Metodologia Canguru (MC). Por meio dela, a equipe de saúde estimula a participação ativa dos pais, fortalecendo o vínculo mãe-pai-neonato; estimula o contato direto pele a pele entre os pais e o RN, garantindo o controle térmico; estimula o aleitamento materno, diminui o índice de infecção-hospitalar, favorece a estimulação sensorial adequada e reduz o tempo de internação, além de minimizar o estresse e a dor neonatal (BRASIL, 2014).

O uso de terapia farmacológica é usado em casos específicos (AAP; CPS, 2016; ANAND, 2017; BRASIL, 2014).

A dor neonatal tem sido foco das pesquisas científicas com a equipe de saúde, investigando as formas de avaliação da dor, os

procedimentos dolorosos, os tratamentos não farmacológicos e os farmacológicos (AMARAL *et al.*, 2014; MARTINS *et al.*, 2013; SANTOS; RIBEIRO; SANTANA, 2012). Estudos mostram que a maioria dos enfermeiros reconhece a importância de tratar a dor para melhora do quadro clínico, recuperação e prognóstico geral, além de considerar como um caráter de humanização durante o período de internação (ARAÚJO *et al.*, 2015; BOTTEGA *et al.*, 2014; CAPELLINI *et al.*, 2014; COSTA; CORDEIRO, 2016; LÉLIS *et al.*, 2011; MARTINS; ENUMO; PAULA, 2016).

Contudo, algumas pesquisas apontam que a dor é avaliada de forma empírica, não sistemática, sem evidências científicas, com base na crença e formação de cada profissional, assim como as intervenções. Referem que não há um protocolo específico para o manejo da dor neonatal, conforme publicações de Araújo *et al.* (2015), Costa *et al.* (2016) e Khoza e Tjale (2014). Outros estudos também reforçam a existência de falha nos registros sobre o processo de avaliação e manejo da dor neonatal (ALVES *et al.* 2013; ARAÚJO *et al.*, 2015; BOTTEGA *et al.*, 2014; GAÍVA *et al.*, 2014).

A qualificação da dor como quinto sinal vital não garante a efetividade do tratamento, uma vez que os RN são submetidos a procedimentos dolorosos ou potencialmente dolorosos sem qualquer tipo de medida não farmacológica ou analgesia, associado ao uso incorreto das escalas de dor em UN (CARNIEL, 2013; QUERIDO, 2014; TASSINARY; HAHN, 2013).

A realidade expressa também é vivenciada no Serviço de Alto Risco Neonatal (SARNEO), onde uma das autoras deste estudo atua. A assistência à população neonatal é exercida com base na Política de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido: MC. Em que se pesem, os profissionais que atuam nesta Unidade serem frequentemente sensibilizados quanto à importância do cuidado humanizado, redução do estresse neonatal e utilizarem a escala *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS) para a avaliação da dor, essa ainda ocorre de forma subjetiva. Além disso, inexistente a sistematização e a padronização de condutas para o manejo de medidas não farmacológicas, antes, durante e após procedimentos dolorosos. A observação preliminar revela que a avaliação da dor pela equipe de enfermagem é realizada de forma subjetiva, dependente do conhecimento profissional. A comunicação deste fenômeno é verbal entre o enfermeiro e o médico, com eventuais registros.

A aplicação da escala de NIPS, prescrita pelo médico, é realizada pelo técnico ou auxiliar de enfermagem, a cada seis horas e registrado no prontuário eletrônico. Entretanto, na prática, o valor mensurado não é

comunicado ao enfermeiro, tão pouco são realizadas condutas a partir desta avaliação. Também não existe protocolo/ guia de cuidados específicos com prescrições para o manejo da dor neonatal, ainda que as ações não farmacológicas sejam executadas pela equipe.

Diante da identificação desta problemática na prática e da relevância da temática para o cuidado neonatal, interroga-se **“Como a equipe de enfermagem do SARNEO avalia a dor neonatal? Quais as condutas adotadas por estes profissionais neste contexto?”**

A partir destas questões de pesquisa, originaram-se os objetivos: identificar como a equipe de enfermagem avalia a dor neonatal e os manejos diante da dor. Realizada em um Serviço de Alto Risco Neonatal, envolvendo 65 profissionais de enfermagem no período de 2015 a 2016, esta temática representa uma situação comum e relevante da prática assistencial da pesquisadora e cotidiano da UTI, tendo aderência com a pesquisa convergente assistencial. Esse modelo metodológico possibilita articular a pesquisa com a prática assistencial. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

MÉTODODO

Pesquisa qualitativa na modalidade de Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Investigação que se desenvolve concomitantemente com a prática de enfermagem, sendo a principal característica a convergência com ela. Tem a intencionalidade de propor alternativas para solucionar os problemas no *setting* de pesquisa, realizar transformações e buscar inovações na situação social, sobretudo na área de saúde. Valoriza o “saber pensar” e “saber fazer” para a construção de um novo processo de trabalho, o “aprender a pensar o fazer” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). O *setting* deste estudo, ou o local onde foi desenvolvida a pesquisa, foi no Serviço de Alto Risco Neonatal (SARNEO) de uma Maternidade de Referência do Hospital Amigo da Criança, referência estadual para o MC, de 15 de novembro a 15 de dezembro de 2015. Esta Unidade é composta por 10 leitos de UTIN tipo II, oito leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional I (UCINCo I), seis leitos de UCINCo II, três leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), e dois leitos de Unidade de Isolamento, com taxa de ocupação de 100%. Este setor possui 98 profissionais de enfermagem, 83 técnicos/ auxiliares de enfermagem e 15 enfermeiras, distribuídos em plantões diurnos e noturnos, sendo que participaram do estudo 65 profissionais de enfermagem e uma psicóloga.

A coleta de dados ocorreu em duas etapas: **primeira etapa** –

aplicação de roteiro de observação participante da prática e entrevistas semiestruturadas, realizadas com 19 profissionais da equipe de enfermagem: nove enfermeiros, nove técnicos e uma auxiliar de enfermagem. Esta etapa ocorreu do dia 15 até o dia 25 de novembro de 2015. Os participantes eram representativos dos diferentes plantões e turnos, selecionados de acordo com a saturação de dados, ou seja, até a repetição das informações. Esta fase ocorreu antes da realização da prática educativa, a fim de que os resultados refletissem a verdadeira realidade e os conhecimentos prévios dos participantes. Os critérios de inclusão foram: interesse e aderência ao tema, atuar no mínimo há seis meses no setor e estar no *setting* de pesquisa durante a coleta de dados. Já os de exclusão foram: licença-maternidade e licença-prêmio, férias, atestados ou discordância em participar.

A **segunda etapa** constituiu-se da prática educativa por meio de oficinas para sensibilizar a equipe de enfermagem quanto à importância da avaliação da dor e do seu papel no manejo da dor neonatal e na construção do plano de cuidados. Todos os membros da equipe foram convidados, tendo como critérios de inclusão estar presente durante o turno de trabalho do profissional e aderência ao tema. Entretanto, 33 profissionais não participaram do estudo, principalmente por motivo de afastamentos. Nesta etapa participaram 65 profissionais de enfermagem, sendo 10 enfermeiras, 55 técnicos e/ ou auxiliares de enfermagem. As práticas educativas foram realizadas durante o turno de trabalho dos profissionais, totalizando 11 dias de encontros, noturnos e diurnos, com duração média de uma hora e trinta minutos no período de 1 a 15 de dezembro de 2015. Os profissionais envolvidos foram previamente convidados por meio de um comunicado geral em todos os plantões e com cartaz fixado no mural, após liberação da coordenação de enfermagem. Para coleta de dados nas oficinas, durante a prática educativa foi utilizada como estratégia o uso quebra-cabeças com imagens da realidade dos participantes. Essa técnica permitiu as reflexões e depoimentos sobre a realidade assistencial dos participantes, expressos por meio de cartazes. Em todas as etapas foram utilizadas gravações, autorizadas pelos participantes e transcritas pela pesquisadora. Durante a prática educativa foram utilizados registros de fotografias dos participantes, mediante autorização prévia. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e foi assinado o termo de consentimento, seguindo os passos da Resolução 466/2012. Os participantes foram identificados por nomes de flores, garantindo o anonimato (BRASIL, 2012).

A análise de dados, segundo Trentini, Paim e Silva (2014), ocorreu simultaneamente com o processo de coleta de dados. À medida que os

dados foram transcritos foi realizada uma pré-análise, aprofundada ao longo do estudo. A análise ocorreu em quatro momentos:

- a) Apreensão de dados, ou seja, coleta destes através da observação, entrevista e prática educativa, organização dos dados e codificação em palavras ou temas chaves;
- b) Síntese dos dados, sendo realizada uma leitura aprofundada, permitindo a familiarização completa com o tema e agrupados os dados, conforme a similaridade de informações, originando categorias. A pesquisadora rememorou cenas contextualizadas na pesquisa e descreveu os dados de acordo com os objetivos propostos (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014);
- c) Teorização dos dados que permitiu interpretar e analisar os dados à luz do referencial teórico, revisões literárias, *experts* da área e do referencial metodológico;
- d) Processo de transferência que oportunizou dar significado aos achados e descobertas e contextualizá-los em situações semelhantes, subsidiando a prática, sem que este processo fosse entendido por generalização (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

RESULTADOS

A idade dos participantes variou entre 25 e 39 anos, sendo todas do sexo feminino. O tempo de atuação destas na Unidade foi no mínimo de um ano e oito meses e no máximo de 22 anos, sendo que a maioria das participantes atuou entre dois e cinco anos no setor. Após a análise das entrevistas, observação e prática educativa surgiram as seguintes categorias:

Categoria 1– Compreensão da dor

Para os participantes, a dor é percebida como sofrimento, experiência desagradável, desconforto físico e emocional, difícil de ser mensurada, causada por estímulos externos e internos, provocando alterações hemodinâmicas que podem interferir no estado de sono e vigília, na alimentação ou interromper o curso normal do desenvolvimento neonatal.

A dor é subjetiva, uma sensação variável e individual. Cada pessoa tem um limiar de dor, necessitando de uma avaliação personalizada e minuciosa. É considerado um evento agressivo para o RN, uma vez que este não tem esta consciência e não está preparado para tal, provocando

desequilíbrio hemodinâmico, sendo necessária ser tratada.

A dor também teve significações singulares, traduzidas como sofrimento, sinal de alerta, desconforto, mal-estar, angústia, e alteração de comportamento. As participantes consideraram que a dor neonatal, sobretudo, do prematuro, é mais intensa do que nos adultos, devido à sua imaturidade, sendo por isso necessário prevenir, tratar e cuidar, conforme as falas:

A dor é muito abrangente, muito subjetiva. Não tem como tu mensurares. Tua dor pode ser de uma gravidade, mas para outra pessoa pode ser amena. É importante detectá-la o mais precocemente possível, tentar minimizar (GIRASSOL).

A dor interfere no desenvolvimento do bebê. Cientificamente, seria alteração da hemodinâmica e tudo mais; na linguagem popular, seria sofrimento (HORTÊNCIA).

Um dos relatos trouxe o conceito antigo de que os RN não tinham a capacidade de experimentar sensações dolorosas e, portanto, não deveriam receber analgesia. Contudo, todas as entrevistadas concordaram que atualmente é validada a ideia de que o RN sente dor, mesmo diante de divergências sobre a intensidade desta entre o RNT e o RNPT. A maioria acredita que o RNPT sente mais dor e por mais tempo que o RN a termo, por ser mais sensível aos estímulos, imaturo e frágil. Contudo, há aquelas que entendem o contrário, quanto ao RN a termo, em função de sua maior resistência e possibilidade de expressar-se melhor através do choro, o processo doloroso seria mais intenso. Uma das participantes avalia a dor quando é realizado procedimento invasivo.

Logo que comecei a trabalhar, os médicos diziam que os prematuros não tinham dor, que podíamos fazer as coisas sem analgesia. A gente nem usava muita medicação para dor. Só que a expressão que faziam, sabíamos que sentiam alguma coisa. [...] Por eles serem menorzinhos, assim [...] eles sentem mais tempo a dor (DÁLIA).

Parece que no prematuro extremo, a reação é mais intensa do que num bebê a termo. A flexão dos braços, das pernas, a expressão de choro, é mais intensa do que num bebê grande, que já está no

tempo certo (JASMIM).

Na prática mesmo, eu só relaciono a dor com o procedimento invasivo. A gente desconsidera que todo o manuseio, todo procedimento pode causar dor para o bebê [...]. Então, seria mais nos invasivos mesmo que a gente dá mais importância à questão da dor. Não deveria, mas é (HORTÊNCIA).

De acordo com as entrevistas, a intensidade e o tempo de duração da dor são maiores nos pré-termos em relação ao adulto, estando relacionados à imaturidade e ao mecanismo de modulação imaturo, provocando traumas que interferem no desenvolvimento neurológico, psicológico, físico (psicomotor) e intelectual (cognitivo).

Por meio dos discursos, evidenciou-se que as participantes percebem que a dor pode trazer consequências para o neonato, manifestadas através do comportamento: o medo diante dos ruídos, do toque, da manipulação e de qualquer procedimento realizado pela enfermagem, como se pressentisse que seria exposto a algo desagradável, bem como, a agitação; o estresse; a carência afetiva e a insegurança.

Na questão psicológica: insegurança. Às vezes, chega na vida adulta, não sabe porque é tão inseguro. Acho que vai trazer consequências, sim. Esses bebês que ficaram muito tempo, passaram por muitos procedimentos dolorosos, apresentam essa insegurança, medo do toque, do manuseio, por conta do que passou (JASMIM).

A dor atrapalha o desenvolvimento cerebral e até psicológico. A gente sabe que o toque, independentemente de ser no prematuro ou não, internado ou não, interfere. A gente tem que ter uma boa lembrança do toque para enquanto adulto saber lidar com isso. Aqui, nossos bebês muitas vezes têm a lembrança do toque como algo ruim. Um bebê que já passou por muitos procedimentos invasivos e dolorosos, a gente percebe que é só de tocar, ele já faz aquela face de dor. De certo esperando que vem aí uma picada de novo (HORTÊNCIA).

Categoria 2 – Avaliação da dor neonatal

Os participantes consideraram que a dor é de difícil identificação, confundindo-a com o estresse e as dores comuns às situações decorrentes de processos vitais do RN. Uma das formas de identificação da dor pela equipe foi por meio da observação do estado comportamental do neonato. Observa-se a expressão facial e corporal, irritabilidade, movimentação e retração de membros, sono, choro, inquietude e agitação. Para elas, é necessário avaliar o comportamento dos RN para diferenciar o estresse da dor, sendo que este processo ocorre por meio da eliminação de todas as possibilidades que levam ao choro, decorrentes do estresse, situações como: a fome, a falta de aconchego, o posicionamento inadequado, o frio, o desconforto por estar molhado, o sono e/ ou as manipulações para higiene e conforto.

A dor seria a sensação evidenciada, mesmo após o atendimento das necessidades do RN, acima citadas, identificada pela persistência dos sinais como a expressão facial de desconforto, enrugamento de testa, irritabilidade, agitação, retração do membro ao toque, posicionamento do RN em hiperextensão ou flexão, alteração da cor da pele, choro diferenciado, sudorese, relato da mãe sobre o comportamento do seu filho. Situações clínicas, como a cólica, intervenções e patologia também são associados à sensibilidade para a dor.

Os sinais fisiológicos também foram citados como forma de identificação da dor, destaca-se a taquicardia ou bradicardia, taquipneia, dispneia e queda de saturação. A situação clínica também deve ser observada, podendo ser geradora de dor. As avaliações e reavaliações centraram-se, sobretudo, nas percepções comportamentais do neonato, conforme os discursos:

No caso dos prematuros, geralmente pela feição ou direto pelo choro. O estímulo no toque. Tu vais tocar um local de dor, eles retiram o membro quando sentem (LÍRIO).

Querendo ou não, a gente ainda usa muito o choro, a agitação, a alteração de cor, alteração de sinais vitais, a insaturação, uma mudança de comportamento. Vê o que está diferente: um bebê que não acalma nem na posição canguru. Investiga o caso clínico ou se tem alguma outra condição, um acesso venoso não funcionando, um curativo do cateter central apertado. Muda a posição e observa mesmo os sinais de face. Aquele rostinho contraído ou não consegue relaxar (FLOR DE

LIS).

Ah! Um pouco complicado né? Porque às vezes pode ser só um pouco de desconforto. Geralmente a gente avalia pelo choro, pela expressão facial e respiração. Deixa o mais confortável possível para ver se era isso. Se mesmo assim, continuar irritado, chorando, desconfortável, eu acho que deve ser alguma dor [...] Ele está taquipneico, não é dor, é um esforço respiratório mesmo. Tudo isso tento levar em consideração né? (ACÁCIA).

A avaliação da dor para RN que dependente de ventilação mecânica também foi realizada de forma subjetiva, por meio do comportamento, principalmente através da expressão facial, devido à ausência do som emitido pelo choro. A equipe interpreta as características faciais como choro. Alguns participantes usaram parâmetros fisiológicos para avaliar a dor. A identificação da dor nesses pacientes também é um fator de dificuldade, devido ao uso de sedação. Os neonatos dependentes de *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) foram alvo de relatos específicos, relacionados ao desconforto e irritabilidade, devido à dificuldade para manuseá-los e mantê-los calmos. Os discursos abaixo ilustram o descrito:

A identificação é complicada e difícil, principalmente em situação que o bebê está sob sedação. É difícil de avaliar, sabe (FLOR DE LIS).

O CPAP dentro da UTI judia muito do bebê. Ele fica desconfortável, não se acalma. Às vezes, é um bebê calmo, mas no CPAP, vira um saci. Aquela pressão irrita, não deve ser bom ficar com aquilo no nariz. [...] a touca muito apertada. Tudo isso gera um desconforto grande (JASMIM).

A avaliação pela escala de NIPS é outra forma que a equipe de enfermagem utiliza para identificar a dor do paciente. Ela é realizada junto com os sinais vitais, a cada seis horas, sendo considerada como quinto sinal vital. Os participantes relataram alguns parâmetros para avaliação da dor como: a expressão facial, a respiração e o comportamento do RN, com o objetivo de subsidiar intervenções farmacológicas ou não, conforme as falas:

Avalia a expressão facial, respiração, posição do bebê, como o bebê está, se está dormindo, se está tranquilo [...] A gente ter um controle melhor, né? Até para avaliar melhor quando é necessário fazer uma intervenção, uma farmacológica, montar um plano de intervenção para dor e desconforto (GÉRBERA).

A escala de NIPS, ela é bem importante nos bebês intubados. Ele não tem som do choro. A gente se atenta a observar aquele bebê (GIRASSOL).

Apesar de a equipe conhecer sua utilidade, os relatos e as observações evidenciaram uma desvalorização, ou uma significação vaga para a avaliação da dor através da escala de NIPS, que normalmente é feita de forma mecânica e rotineira. Uma das participantes revelou que só aplica a escala quando prescrita pelo médico. A equipe de enfermagem realiza a checagem dos parâmetros estabelecidos na escala no sistema, mas os itens da escala de NIPS não são efetivamente avaliados, divergindo de acordo com a formação e conhecimento do membro da equipe. Além disso, a equipe não tem clareza do momento em que deve realizar a escala, antes ou após o manuseio do RN, e nem como interpretar os sinais apresentados, dificultando a pontuação.

Revelou-se um desconhecimento da equipe sobre o processo de avaliação da dor, relacionadas: à maneira de aplicá-la, à pontuação da escala e às condutas a serem realizadas após a avaliação dos resultados obtidos pela escala, fatores imprescindíveis para o manejo adequado da dor neonatal. Evidencia-se também a necessidade da educação continuada e de um plano de cuidados sistematizado para o manejo da dor.

Olha essa escala de NIPS para mim, não significa muito. Porque, sei lá, acho que ela não é bem utilizada aqui dentro. Eu lembro que foi explicado da escala de NIPS, e depois nunca mais foi falado dela. Eu já estou há 8 anos e daí aquilo acaba ficando até automático no dia a dia. Teria que ter um treinamento maior, explicando para os funcionários como que funciona a escala de NIPS, para que serve. E até um retorno, se realmente aquilo ali é olhado pelos médicos (ANASTÁCIA).

A escala? Acabo só checando no sistema, mas aplicar ela para observar o nível de dor no bebê, não. Algo que não nos foi explicado. Não é dada a

devida importância, acaba passando batido. Observo para poder colocar se o bebê está chorando ou acordado, antes de verificar os sinais, mas não que eu aplique ela depois. Às vezes, em uma conversa com o médico, falo o que observei, mas não pela escala de NIPS. Se for explicado para a gente, pode-se utilizar, sim. Só que primeiro precisamos saber o significado, quando a gente deve usar, se de 6/6h, conforme a prescrição ou em todos os manuseios. Observei hoje que tinha uma pontuação, eu nem tinha visto no sistema. Se está ali é por um motivo. Deve ser usada. A gente precisa saber como aplicar corretamente, para que serve (ZINIA).

Categoria 3 – Conduas de enfermagem diante da dor neonatal

As principais terapias não farmacológicas adotadas pela equipe antes e durante os procedimentos dolorosos foram: a sucção não nutritiva, o enrolamento, o aconchego, o acalento, a contenção facilitada, a conversa sobre o procedimento e a sacarose. Dois relatos ressaltaram a participação da mãe no alívio da dor e um deles referiu o leite materno também como um agente similar à sacarose para minimizar a sensação dolorosa. Os procedimentos considerados dolorosos, conforme os relatos constituíram-se de: sondagem, acesso venoso, aspiração e, às vezes, a mudança de decúbito, *Peripherally Inserted Central Venous Catheter* (PICC), drenagem tórax, coleta de exames, vacinas e curativos.

Os participantes revelaram que a equipe de enfermagem realiza os procedimentos agrupando os cuidados e evitando manipulações desnecessárias durante o período de sono do RN. Estes dados foram constatados por meio da observação participante dos cuidados prestados ao RN. Inicialmente, a equipe de enfermagem observa os cuidados prescritos no prontuário, principalmente a realização da glicemia capilar apazada próximo ao horário do manuseio, exceto em casos de controle rigoroso. A seguir, é realizado o controle de sinais vitais à beira do leito, observando as reações comportamentais e fisiológicas e, a partir da necessidade fisiológica do RN, a equipe realiza o manuseio. Em pacientes dependentes de ventilação mecânica invasiva, foi avaliada a necessidade de aspiração, cuidados com higiene e conforto, por meio do posicionamento adequado, suporte de sustentação através do ninho, os cuidados humanos como a conversa como RN durante o manuseio e a participação dos pais.

Observou-se que durante o procedimento de PICC, a equipe de

enfermagem verifica as necessidades reais deste procedimento, avaliando a rede venosa do paciente para que o procedimento seja feito com segurança. A enfermeira discute as medidas de conforto, com auxílio da técnica de enfermagem, promove medidas de prevenção à dor, como: enrolamento, sucção não nutritiva associada à sacarose, para pacientes em ar ambiente, oxigenioterapia e oxitenda. Já em pacientes intubados, além de promover o enrolamento, a enfermeira discute com a equipe médica a necessidade de analgesia. A avaliação foi realizada subjetivamente, por meio de reações comportamentais do RN: franzimento de testa, agitação e movimento de retração do membro a ser punccionado.

Outros procedimentos como a punção lombar e venosa também foram realizados com a supervisão de dois profissionais, possibilitando a aplicação das terapias não farmacológicas. Além de agilizar o procedimento, estas medidas minimizaram o estresse e a dor neonatal. Houve comprometimento da maioria dos membros da equipe de enfermagem:

Percebe-se pela dinâmica da unidade, que as meninas, a maioria já é proativa com relação aos manejos. A gente tem um grupo bem comprometido, apesar algumas que não são (LAVANDA).

Alguns momentos são feitos o enrolamento, a sucção e é ofertado sacarose, mas tudo depende de como está o plantão. Se quiser fazer um procedimento rápido, não são adotadas essas medidas, se é um procedimento que dá para ser feito de uma forma mais tranquila, uns adotam, mas nem sempre (VIOLETA).

Primeiramente, aprendi isso no curso canguru, que é chegar, conversar com bebê, falar numa voz mansa, suave, explicar o procedimento, e confortar o bebê, né? Às vezes, enrolar o cueiro, deixar ele mais aconchegado para ele não se sentir inseguro, fazer a sucção não nutritiva, né? Geralmente a gente faz em duas funcionárias, uma fica acalentando, segura o bebê e a outra faz o procedimento para ele ter o mínimo de dor possível (ZINIA).

Os discursos apontaram o uso de outras medidas consideradas não farmacológicas que podem minimizar o estresse e a dor quando não relacionados diretamente ao procedimento invasivo, tais como: a malha tubular; a mudança de decúbito; as medidas de higiene e conforto; o colo; a contenção do RN com uso de rolinhos para a formação do ninho, a compressa morna, o contato pele a pele e massagem (em caso de cólicas), a amamentação, a diminuição de estímulos ambientes (ruído e iluminação), a conversa com o RN durante o cuidado, a posição canguru, a colostroterapia.

Primeiro, tento minimizar o estresse. Apagar a luz, diminuir volume, aconchegar, trocar fraldinha. A sucção não nutritiva a gente usa bastante. Eu evito o máximo sacarose, pode perceber. Até sei que não é para dor, é para procedimento, é isso que eu faço. Se tudo isso não adiantar, comunico médico ou enfermeiro (ACÁCIA).

[...]a gente faz com bastante frequência a não farmacológica. É enrolar o bebezinho numa compressa ou colocar na malha tubular, colocar a mãozinha em cima do bebê, chamar a mãe para dar uma acalentada, não tirar ele da incubadora, mas estar junto com o bebê, sucção não nutritiva para ver se ele se acalma, luvinha quente em cima da barriga do bebezinho para ver se está sentindo alguma coisa ali; ele fica quietinho. Mas nos intubados, isso acontece muito pouco, né? Pede ao extremo uma sedação. [...]. Até a questão de autoconsolação, né? O próprio bebê colocar a mãozinha perto, deixar ele na posição fetal que ele estava acostumado lá dentro. Mas muitas vezes as funcionárias não relacionam a questão da dor (LAVANDA).

Conforme os relatos acima, há uma necessidade de realizar a terapia medicamentosa quando as medidas não farmacológicas são ineficazes. Percebe-se que esta intervenção não é baseada na interpretação de escalas, mas também por meio de avaliação subjetiva pela equipe de enfermagem.

A fala a seguir relata que houve mudanças no manejo da terapia medicamentosa. Atualmente, a infusão de medicamentos analgésicos e

sedativos é realizada de forma intermitente e/ ou somente “a critério médico” ou “se necessário”.

Há um consenso entre a equipe de enfermagem para administrar medicações analgésicas quando prescritas, antes do manuseio do RN para minimizar o estresse.

Para o intubado seria a sedação mesmo. Claro, a gente já aspirou, já organizou o bebê, né? Fez aspiração do tubo e mesmo assim ele está agitado. Está desconfortável, não necessariamente com dor. Eu sempre peço uma sedação para o médico. Agora, o CPAP, a gente tem por rotina na instituição usar o paracetamol de 12 em 12 horas, que eu acredito que não deva fazer muito efeito, não tem muito o que ajudar no CPAP porque é uma coisa muito difícil mesmo (HORTÊNCIA).

A gente conversa com o médico. Se é um bebê que é sedado e a gente vê que ele está muito irritado, conversa primeiro com a enfermeira para pedir uma sedação, ou uma sedação extra, um fentanil. O médico autorizando, a gente faz. Faço todas as medidas não farmacológicas. Não resolvem, daí eu converso com a enfermeira, se precisa de uma medicação ou não, antes do manuseio do bebê como está prescrito. Se eu vou manipular o bebê às 8 horas, eu procuro fazer uns 20 minutos antes para a medicação ir fazendo o efeito (ZINIA).

Os participantes apontaram que medidas farmacológicas são adotadas quando as não farmacológicas não foram efetivas. Tanto no processo de avaliação de cada intervenção quanto na reavaliação das intervenções, seja as farmacológicas ou não, o critério adotado para avaliação foi a observação comportamental do neonato, não se utiliza a escala de NIPS.

Pelo que o neném apresenta, ah! Eu vi que ele continua choroso, eu vi que ele ainda está estressado. Eu não avalio a escala de NIPS, ah! Eu faço a avaliação dos sintomas mesmo, do que ele está apresentando ali na hora (GÉRBERA).

Categoria 4 – Comunicação e registros do manejo da dor

As ações não farmacológicas são feitas de acordo com o conhecimento, experiência e formação dos membros da equipe de enfermagem e por orientação verbal dos enfermeiros, pois o *setting* de pesquisa não utiliza a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE). Todo o processo de comunicação, segundo os participantes, é predominantemente verbal.

O comunicado é mais verbal, sem prescrição. A maioria já faz, essa intervenção antes de comunicar o enfermeiro. Tem algumas que comunicam a não farmacológica, né? O bebê está bem agitadinho, podemos botar na malha. É uma coisa já inerente na unidade, é uma cultura disseminada. A questão do dedo, da sacarose, da malha (TULIPA).

A comunicação da identificação da dor? Relato verbal à enfermeira e na falta da enfermeira na sala, a gente conversa direto com o médico intensivista (JASMIM).

Pela experiência. Numa punção, uma das primeiras coisas que todo mundo faz, uma já fica para acalmar o bebê para colocar o dedo para ele sugar, já administra uma sacarose. Todo mundo faz, mas isso não está prescrito. Alguns médicos prescrevem sacarose, mas uma prescrição de enfermagem, não tem. É sempre verbal (ZINIA).

Em relação ao registro sobre as condutas diante a dor, os participantes apontaram que são registrados os sinais expressos pelo RN que denotam a dor, sobretudo do ponto de vista comportamental. Registra-se também situações graves em que a enfermagem atua quando são administradas medicações (sedações) por orientação verbal; essas informações ainda são transmitidas e registradas no plantão. Contudo, a maioria, técnicos e enfermeiros, referem que não registram as ações não farmacológicas, como nas falas que seguem:

Acho que não há registro. Eu não faço registro, quando é alteração de dor. Eu não faço, eu só faço registro em casos graves em que atuo. Mas quando envolve prescrição médica, senão normalmente passa em branco, né? As não farmacológicas, não vejo ninguém registrar, e é feito. Mas a gente faz

essa ação de orientar, e de estar induzindo elas à ação, mas não registra isso (ORQUÍDEA).

Na evolução, sempre toda sedação, não tanto das medidas de conforto ali, né? Mas as sedações, eu sempre gosto de identificar quantas sedações foram feitas, a quem foi comunicado, porque que foi feito, qual era o estado do bebê, extremamente agitado, extremamente choroso, sempre relato na minha evolução (JASMIM).

Mediante este processo de avaliação da dor neonatal, percebe-se que os participantes deste *setting* de pesquisa são sensibilizados quanto ao seu reconhecimento, importância do cuidado da dor neonatal e as possibilidades do emprego das terapias não farmacológicas. Percebe-se que as condutas não farmacológicas dependem da vivência de cada profissional, pois nem todos adotam tais rotinas instituídas.

Categoria 5 – Estratégias para melhor gestão do manejo da dor

Os participantes apontaram como estratégias para facilitar e instrumentalizar a avaliação e manejo da dor, o desenvolvimento de atividades de educação permanente sobre as consequências da dor neonatal, os métodos para prevenção da dor; uso e importância da escala de NIPS, interpretação dos valores e condutas após o uso desta escala; sensibilização de todos os profissionais para valorização da dor, adesão às medidas não farmacológicas, registro e comunicação efetiva entre os membros da equipe multiprofissional. Ademais, apontaram como estratégias: desenvolver novas pesquisas; organizar e planejar rotinas por meio da construção de um guia de cuidados sobre a avaliação e manejo da dor; diminuir manipulações excessivas; minimizar ruídos e manter um ambiente tranquilo.

Sensibilizar mesmo as pessoas que trabalham aqui dentro nessa questão da dor. É criar rotinas mais específicas para avaliação e controle da dor. Tratar a dor antes mesmo de você causar a dor, acho que esse é um ponto bem importante. Fazer um mural sobre a dor, fazer lembretes para as meninas, a própria orientação verbal é uma coisa que acontece muito aqui dentro, e ela se dissemina pela equipe E os treinamentos, acho que vem bem a calhar, né? As educações continuadas favorecem né? Mudanças de rotina (ALAMANDA).

A medicina teria que investigar o porquê desse choro excessivo, a causa da dor, né? Deveria ter maior interação com a equipe multiprofissional: da enfermagem, com o raio-x, os médicos, os fisioterapeutas para o bebê não sair prejudicado porque senão ele é manuseado a cada hora. Falta comunicação entre os profissionais e também a consciência de todo mundo respeitar o manuseio do bebê (GIRASSOL).

Disseminar mais a questão da escala, a importância e fazer realmente, assim ter um protocolo correto, sabe? De quando aplicar, comunicar e sensibilizar a equipe. Saber quando, como fazer, avaliar, porque é avaliado, quando o bebezinho está dormindo ou na hora do próprio manuseio. Se tivesse ela impressa, acho que seria mais fácil, que pontuação seria adequada, correta para medicar (TULIPA).

O segundo momento da pesquisa, a prática educativa, permitiu a discussão entre a equipe sobre a temática e a problematização sobre os temas sugeridos pela equipe de enfermagem, proporcionando momentos de reflexão-ação-reflexão através do diálogo, obtendo como principais resultados: a mudança da pontuação no prontuário eletrônico quando o RN estiver intubado, pois o sistema não permite dobrar o valor da expressão facial; mudança na forma de aprazamento das escalas no sentido de que a equipe possa checar a escala nos horários e perceber sinais indicativos de dor, podendo reavaliar e checar as informações; prescrever e estender a avaliação da dor para todos os RN internados no SARNEO; o desenvolvimento de capacitações para a equipe e sensibilizar os demais profissionais; registrar as intervenções realizadas e se houve melhora do quadro clínico.

DISCUSSÃO DOS DADOS

A **categoria 1** apresenta as percepções, compreensões, significações pessoais da equipe de enfermagem sobre a dor do RN, referindo-a como uma situação de sofrimento, desconforto, imensurável e variável que interfere no comportamento, desenvolvimento e na evolução clínica. Há reconhecimento dos sinais dolorosos através de

alterações comportamentais e fisiológicas manifestadas pelo neonato e das consequências decorrentes da dor como a irritabilidade, o medo, a carência afetiva e a insegurança. Esses resultados corroboram com os achados evidenciados pelos autores Araújo *et al.* (2015); Santos *et al.* (2012); Silva *et al.* (2015); Soares *et al.* (2016). Nestes estudos, os enfermeiros reconhecem a dor neonatal, considerando-a uma experiência física e emocional importante a ser avaliada. O estudo de Santos *et al.* (2012) revelou que 83,3% (20) dos participantes consideravam a dor como o quinto sinal vital. No estudo de Santos, Kusahara e Pedreira (2012) com 109 enfermeiros, contudo, a maior parte dos participantes descreveu que a avaliação não é atividade rotineira no local onde trabalham, não sendo considerada como quinto sinal vital. Outro artigo destaca que uma parcela dos auxiliares/ técnicos de enfermagem e dos fisioterapeutas não considera a dor como um dos sinais vitais do RN (CHRISTOFFEL *et al.*, 2016). Os autores Santos, Ribeiro e Santana (2012) recomendam rever a filosofia institucional, buscando valorizar este sinal como um indicador de qualidade na atenção prestada.

Pesquisa com nove enfermeiras, realizada por Martins *et al.* (2013), aponta que todos os participantes acreditam na capacidade do RN sentir dor. Em relação à importância do seu tratamento, cinco entrevistados consideram que minimizar a dor melhora o quadro clínico, auxilia no tratamento e prognóstico; três relatos consideram as condições de vulnerabilidade do neonato prematuro devido à exposição maior a procedimentos dolorosos; dois relatos descrevem que o tratamento da dor é uma questão humanitária e ética do ser humano; e apenas um relato menciona minimizar prejuízos no desenvolvimento do sistema nervoso. Esta questão precisa ser repensada, uma vez que a não inclusão da dor como um parâmetro importante a ser controlado pode implicar em consequências e traumas futuros para o neonato, retardo no seu desenvolvimento e interferir na sua situação clínica e recuperação.

Na mesma pesquisa, a maioria das participantes concorda que o RN sente mais dor que o adulto, sendo que três participantes afirmam que a dor do RNPT é maior e uma relata que o RNPT sente menos dor que o adulto (MARTINS *et al.*, 2013). O conceito que os RNPT apresentam intensidade de dor maior em relação ao RNT é ratificado por pesquisa realizada durante o exame de glicemia capilar e punção venosa em uma unidade neonatal da China, com prematuros com idade gestacional de 28 a 29 semanas comparados com os RNT (CHEN *et al.*, 2012).

A equipe de enfermagem deste *setting* considera um RN como um ser humano sensível à dor, capaz de se comunicar por meio de reações comportamentais e fisiológicas, o que é ratificado por Brasil (2014) e

Costa e Cordeiro (2016). A partir da sétima semana gestacional, o feto já possui receptores cutâneos; entre a oitava e décima semana surgem as fibras com substância P e somatostatina, capazes de interpretar a dor e, a partir da 20ª semana, o feto já está coberto por estes receptores que estão presentes na pele e mucosa (ANAND; INTERNATIONAL EVIDENCE-BASED GROUP FOR NEONATAL PAIN, 2001; GADÊLHA, 2013; TAMEZ, 2013; TURNAGE; LABRECQUE, 2015).

Esta concepção de dor expressa pelos entrevistados está fundamentada pela *International Association for the Study of Pain* (IASP, 1994): “experiência sensitiva e emocional desagradável, associado a um possível trauma tecidual ou psicológico”.

Os entrevistados também demonstram ter conhecimento sobre as consequências fisiológicas, psicológicas, psicomotoras e cognitivas, condizentes com evidências científicas, expressas na literatura. A exposição do neonato aos procedimentos dolorosos desencadeia alterações fisiológicas, comportamentais e psicológicas, tornando-os vulneráveis aos danos neurológicos: hemorragia intraventricular ou leucomalácia, alteração de quadro emocional, déficit de atenção, atenção seletiva e no processamento de informações, e desestabilização hemodinâmicas (ANAND, 2016; BRASIL, 2014; BRASIL, 2014a; BRUMMELTE *et al.*, 2012).

A **categoria 2** representa o processo de avaliação e identificação da dor neonatal no *setting* de pesquisa, que evidencia como principal forma de avaliação os sinais comportamentais como: choro, expressão facial, agitação, retração de membros. Os sinais fisiológicos também foram abordados: taquicardia/ bradicardia; taquipneia, dispneia e queda de saturação. Percebe-se que a avaliação da dor predominante é a subjetiva. Esses resultados assemelham-se aos de demais lugares como Espírito Santo, Bahia, Rio de Janeiro e África do Sul (ARAÚJO *et al.*, 2015; COSTA *et al.*, 2016; KHOZA; TJALE, 2014; MARTINS *et al.*, 2013; SANTOS *et al.*, 2012).

A avaliação comportamental também foi encontrada na pesquisa de Capellini *et al.* (2014), com 57 participantes entre 15 médicos, oito enfermeiros e 34 auxiliares de enfermagem, na qual 100% das enfermeiras, 96,8% dos auxiliares e 92,9% dos médicos citaram o choro como o item para identificação da dor. Em relação aos aspectos comportamentais, foram citados ainda a mímica facial com percentual em torno de 70% e a movimentação de membros com percentual na faixa de 60%. Situação similar evidenciou-se no estudo de Bottega *et al.* (2014) que evidenciou como sinais sugestivos de dor as expressões faciais e corporais, sendo o choro o parâmetro mais descrito para avaliá-la.

O estudo de Martins *et al.* (2013) constatou que em um total de nove enfermeiras de uma UN da Região Metropolitana de Vitória, estado do Espírito Santo, quatro delas identificaram a dor através do choro, irritação, agitação e olhar triste, três identificam a dor através da fisiologia e desenvolvimento neurológico do SNC e uma enfermeira relacionou-a ao quadro clínico do RN e aos procedimentos dolorosos.

A publicação de Santos *et al.* (2012) constatou também que a reação comportamental foi o método de avaliação de dor mais citado. Entre os itens da avaliação comportamental, destacou-se o choro, seguido de movimentação de braços e perna, olhos espremidos. Os sinais fisiológicos, contudo, foram os mais citados como dados clínicos empíricos para avaliação da dor, tanto para profissionais de nível superior como médio, destacando-se a taquicardia, a diminuição de saturação de oxigênio e a taquipneia.

Por meio das falas dos participantes, percebe-se que a equipe possui dificuldades para avaliação da dor neonatal devido à ausência de resposta verbal, sendo a dor reconhecida por meio do comportamento, principalmente em pacientes intubados com uso de sedação.

Os estudos realizados por Alves *et al.* (2013); Amaral *et al.* (2014); Bottega *et al.* (2014) e Kostak *et al.* (2015) confirmaram que a formação profissional, o tempo de experiência profissional e fatores psicológicos influenciaram na capacidade de percepção e identificação da linguagem não verbal expressa no RN, bem como suas consequências.

Para auxiliar os profissionais que atuam na UN recomenda-se o uso de instrumentos que decodifiquem a linguagem da dor, as escalas unidimensionais que avaliam respostas comportamentais (medidas subjetivas), e as multidimensionais, os quais utilizam itens comportamentais e fisiológicos (medidas objetivas) para pontuar a intensidade da dor. Sociedades da área afirmam que não há uma escala padrão “ouro” para programar o uso dessa ferramenta, devendo-se considerar o perfil dos pacientes internados na instituição. Recomenda-se, entretanto, as escalas multidimensionais, pois pacientes neurologicamente comprometidos e sedados podem apresentar respostas motoras e expressões faciais diminuídas (AAP; CPS, 2016; ANAND, 2016; BRASIL, 2014a).

Contudo, no presente estudo, as participantes, em que pese reconhecerem a importância da utilização de instrumentos para avaliar a dor neonatal não empregam de forma correta e consequentemente não valorizam o seu uso. Referem dificuldades similares ao exposto na literatura: ausência de reações comportamentais devido à sedação, falta de estímulo associado à sensibilização para aplicação do instrumento,

falta de treinamento para utilização da escala, resistência médica em administrar os medicamentos após aplicação da escala, questões também evidenciadas pelos autores Rocha *et al.* (2013).

A pesquisa realizada por Monfrim *et al.* (2015), após treinamento com a equipe sobre a utilização da escala *Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale* (N-PASS), evidenciou semelhantes dificuldades: o momento de aplicação da escala e a falta de rotina na unidade. Os autores Tassinary e Hahn (2013) destacaram que mesmo após ser a escala de NIPS instituída na rotina do local de pesquisa não houve garantia de sua aplicabilidade efetiva. O estudo de Carniel (2013) também constatou em Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul, que das nove UN pesquisadas apenas sete instituições tinham protocolo para avaliação da dor e a escala de NIPS foi a mais utilizada. Porém, esta prática não garantiu que a dor fosse devidamente tratada, pois dos 269 procedimentos realizados em apenas 31% foi utilizada alguma medida analgésica, seja farmacológica ou não. Outro estudo evidenciou que a avaliação da dor por meio de escalas e a existência de protocolos ainda não é realidade atual (ALVES *et al.*, 2013). Estudo reforça a importância de sensibilizar os profissionais da neonatologia quanto à relevância do uso das escalas de dor no cotidiano da assistência para uma avaliação mais fidedigna. Para tanto, defende-se a necessidade de capacitação permanente para instrumentalizar a equipe de enfermagem sobre escalas, facilidade de manuseio, eficiência na avaliação da dor que atenda a realidade e a necessidade do serviço e garanta a individualidade do RN (ARAÚJO *et al.*, 2015).

É importante conhecer as crenças e os conhecimentos da equipe, adaptar as escalas ao contexto e à singularidade de cada RN, além de sensibilizar a equipe sobre a importância do uso de escalas para ter parâmetros semelhantes de avaliação. Discutir com a equipe os fatores educacionais e culturais que impedem os profissionais de utilizar a escala, valorizar o conhecimento deles, fundamentá-los com as evidências científicas e construir de forma conjunta um plano de cuidados ou protocolos para avaliar a dor.

Outro fator fundamental é reavaliar a dor após o manejo, visto que esta prática contribui para que o profissional perceba que a sua conduta foi efetiva, seja ela farmacológica ou não, e que sua avaliação foi correta. No presente estudo, a maioria dos participantes não faz a reavaliação e quando a fazem utilizam parâmetros comportamentais, sem seguir escalas.

A reavaliação da dor faz parte do processo efetivo do tratamento da dor (FONTES; JAQUES, 2007). Para a *Agency for Health Care Policy*

and Research a dor deverá ser reavaliada em 30 minutos após administração da medicação parenteral, e em uma hora após administração de medicamentos por via oral ou a cada novo relato (NATIONAL PHARMACEUTICAL COUNCIL; JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, 2001). A dor neonatal deverá ser avaliada, registrada e documentada juntamente com os demais sinais vitais no intervalo de quatro a seis horas, conforme a necessidade de avaliação da dor ou condições clínicas do RN (ANAND; INTERNATIONAL EVIDENCE-BASED GROUP FOR NEONATAL PAIN, 2001).

A dor, considerada como quinto sinal vital, deve ser avaliada também antes, durante e após as intervenções potencialmente dolorosas, sendo necessária a reavaliação no intervalo de uma hora. (REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTARIO, 2013).

Na **categoria 3**, as participantes reconhecem a importância da terapia não farmacológica para manejar a dor, na existência ou não de procedimentos dolorosos, destacando a sucção não nutritiva, o enrolamento do RN, o aconchego, o acalento, a contenção facilitada, o diálogo com o RN sobre o procedimento, o uso de sacarose e a participação da mãe, além de evitar manipulações desnecessárias. Esta realidade também foi evidenciada por Kostak *et al.* (2015); Silva *et al.* (2015) e Soares *et al.* (2016).

As práticas implementadas no presente estudo e demais realidades seguem as recomendações propostas pelo MC (BRASIL, 2014), Anand (2017) e *Committee on Fetus and Newborn and Section on Anesthesiology and Pain Medicine*(2016) que são: reduzir os estímulos estressores como ruídos, luminosidade e manuseio desnecessários, a fim de promover o sono tranquilo e a organização homeostática do RN; adequação dos procedimentos técnicos de forma planejada com auxílio de outros profissionais para diminuir tentativas de insucesso de um determinado procedimento doloroso; uso de medidas não farmacológicas e estratégias comportamentais através da contenção facilitada, estimulando a propriocepção tátil e térmica que minimizam a dor do RN.

A terapia medicamentosa também foi citada como forma de tratamento para alívio da dor e utilizada com critérios conforme orientação do médico plantonista no presente estudo, conduta também mencionada por Capellini *et al.* (2014). Estes autores identificaram que em procedimentos potencialmente dolorosos, 10 médicos, quatro enfermeiras e 15 auxiliares de enfermagem admitiram prescrever ou administrar mediante prescrição médica algum analgésico para o PICC. Entre os médicos, 66,7% utilizavam a medicação na drenagem de tórax,

intubação orotraqueal e flebotomia. Em procedimentos como a aspiração traqueal e o exame de fundo de olho não foram usados analgésicos ou medidas não farmacológicas.

Estudo em Cuiabá, estado de Mato Grosso, constatou que a medicação mais utilizada foi o fentanil, seguido do midazolam e morfina, e a associação entre essas medicações (GAÍVA *et al.*, 2014).

Numa pesquisa realizada em 15 hospitais na Turquia com 486 profissionais. 74,9% enfermeiros relataram que a medida mais empregada para o alívio da dor foram as terapias não farmacológicas. Apenas 29,8% (145) entrevistados relataram utilizar medidas farmacológicas, sendo que os fármacos mais utilizados foram o paracetamol e o ibuprofeno 29,8% (145) para exames oculares, seguido de opioide 27,2% (132) em inserção de tubo torácico e anestésico tópico 13,6% (66) para remoção de curativo (KOSTAK *et al.*, 2015).

O paracetamol é único analgésico não opioide indicado para dores leves e moderadas, seguro para o uso na neonatologia. Os opioides são medicamentos com analgesia potente capaz de inibir a transmissão do estímulo nociceptivo, proporcionando analgesia e sedação. Entretanto, há efeitos colaterais importantes, como a depressão respiratória, tolerância e dependência física. Dentre eles, destacam-se: morfina e citrato de fentanil. Diferentemente, os sedativos que não têm ação analgésica, com destaque para o dormonid, podem ocasionar depressão respiratória, hipotensão e dependência. Recomenda-se analgesia para os pacientes portadores de doenças potencialmente dolorosas, submetidos a procedimentos invasivos, cirúrgicos com as seguintes indicações: drenagem torácica, intubação orotraqueal eletiva, inserção de acesso central, cateter de diálise, punção lombar, múltiplas punções venosas, arteriais ou capilares, procedimentos cirúrgicos, enterocolite necrosante, tocotraumáticos (BRASIL, 2014a; TAMEZ, 2013; TURNAGE; LABRECQUE, 2015).

Estudo destaca que os profissionais de saúde entendem que a dor é causada pelas intervenções invasivas, sendo necessário diagnosticar para tratar. A equipe tem dúvidas sobre como lidar com drogas para aliviar a dor dos RN, pois podem apresentar efeitos colaterais em função da imaturidade no processo de metabolização, tendo dificuldade de eliminar os metabólitos. Reforçam que não há rotineiramente uma estratégia farmacológica para aliviar a dor neonatal após uma intervenção. Contudo, o profissional tem responsabilidade pelo conforto dos pacientes e as medidas não farmacológicas devem ser realizadas. Os profissionais de saúde devem ser orientados e sensibilizados a respeito da prevenção e manejo da dor nos pacientes internados em UTIN (MARTINS *et al.*,

2013; RIVAS; RIVAS; BUSTON, 2012).

Considerando o exposto é importante que os profissionais de saúde tenham capacitação e atualização frequentes sobre a fisiologia da dor; medidas não farmacológicas e efeitos colaterais dos fármacos para controlar a dor para poderem decidir qual a melhor estratégia para minimizar qualquer tipo de dor do RN. Entende-se que inicialmente se deve fazer uso das medidas menos intervencionistas e com menor risco para a saúde e desenvolvimento do bebê.

Na **categoria 4** denota-se, por meio dos discursos dos participantes, a escassez de informações referentes à identificação, comunicação dos resultados da escala e dos manejos, registro das condutas e reavaliação da dor neonatal. O mesmo ocorreu em uma pesquisa realizada na UTIN do Rio de Janeiro, onde 42 auxiliares/técnicos de enfermagem, 22 enfermeiros, 20 médicos e dois (02) fisioterapeutas responderam um questionário referente ao perfil e atitudes na avaliação de manejo da dor. Em relação aos registros, apenas 28,57% afirmaram realizar raramente algum registro no prontuário sobre intervenções não farmacológicas; já entre os enfermeiros esta porcentagem aumentou para 54,55%, médicos 50% e fisioterapeutas 50%. Sobre as intercorrências das medidas não farmacológicas, 26,19% dos auxiliares/ técnicos de enfermagem, 40,91% enfermeiros, 30% dos médicos e 50% dos fisioterapeutas, nunca registraram este tipo de informação. Os autores deste estudo concluíram que a falta de registros e documentação da dor também contribuíram como barreiras importantes para o manejo adequado da dor (CHRISTOFFEL *et al.*, 2017).

O registro da dor, da avaliação, das condutas e da reavaliação são fundamentais para identificar a evolução do processo e a efetividade dos cuidados, sendo um instrumento que dá visibilidade ao trabalho realizado e protege legalmente os profissionais. Para Taíne (2015), somente o registro da presença da dor sem as ações realizadas pela enfermagem não garante a eficácia no tratamento.

A documentação e a comunicação da avaliação e manejo da dor respaldam o enfermeiro em suas ações no cuidado e tratamento por parte da equipe multiprofissional. Tais registros devem subsidiar um plano de cuidado, resultado de avaliação da dor, efetividade das intervenções implementadas e seguimento para garantir resultados positivos de saúde. Sua ausência implica no manejo inadequado da dor (REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTARIO, 2013).

No que concerne à avaliação e às ações não farmacológicas, os discursos apontam que são realizadas com base no conhecimento, experiência e formação dos membros da equipe de enfermagem e,

algumas vezes, por orientação verbal dos enfermeiros, pois o *setting* de pesquisa não segue protocolos ou tem implantado a SAE para os cuidados de terapia não farmacológica. Assim, nem todos têm a mesma conduta e não há clareza se todos a fazem.

O protocolo de cuidados para alívio da dor neonatal possibilita a padronização no manejo da dor do RN (CORDEIRO; COSTA, 2014; CRUZ *et al.*, 2016). Estudos identificaram que a equipe de enfermagem também não utiliza a SAE e nem existe um protocolo para avaliação e manejo da dor neonatal (ALVES *et al.*, 2013, ROSÁRIO *et al.*, 2014). Esta necessidade de padronizar rotinas e protocolos de avaliação e manejo da dor neonatal também foi citada por Caetano *et al.* (2013).

Na **categoria 5**, a estratégia de realizar atividades educativas possibilitou instrumentalizar os profissionais para a identificação, avaliação da dor, adoção de condutas não farmacológicas e subsidiou a administração das farmacológicas com embasamento científico. A realização de prática educativa durante o estudo para a coleta de dados e para a sensibilização sobre a temática mostrou-se uma prática positiva e decisiva para as mudanças na forma de conduzir a dor e tratá-la. Resultante semelhante foi obtida por Aymar *et al.* (2014) e Cordeiro e Costa (2014) que desenvolveram o processo de prática educativa permanente em saúde através da metodologia problematizadora sobre a temática, tendo como resultado um plano de cuidados para a avaliação e condutas diante da dor.

Para Freire (2014), o processo educativo através da problematização possibilita o raciocínio crítico-reflexivo, tornando-os sujeitos ativos, capazes de criar, transformar e solucionar problemas enfrentados no seu processo de trabalho.

A prática educativa nos locais de trabalho visa “aprendizagem significativa no trabalho a partir da realidade” (BRASIL, 2009, p. 20). É uma ferramenta fundamental para transformar a prática profissional e a organização de trabalho. Ela ocorre a partir da identificação dos problemas existentes na realidade dos trabalhadores, considerando seus conhecimentos prévios e experiências adquiridas, a partir da problematização de temas que geram inquietudes como é o caso da avaliação e manejo da dor. Por meio da metodologia ativa, problematização e reflexão sobre os problemas vivenciados, estímulo do diálogo, participação ativa do sujeito, supera-se dificuldades e propõe-se soluções para o problema para a transformação da realidade. Constrói sujeitos crítico-reflexivos, corresponsáveis pela construção de seu próprio processo de aprendizado, construção e produção de conhecimentos, compromissados com a mudança da realidade (FREIRE, 2014;

BORDENAVE; PEREIRA, 2015).

Além da capacitação, os relatos deste estudo apontaram a necessidade padronizar a avaliação e as estratégias de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, criar planos de cuidados e protocolos; sensibilizar os profissionais para o manejo efetivo da dor, da avaliação intervenção, reavaliação até os registros. Ademais, possibilitaram aos profissionais reverem suas práticas e provocarem mudanças. Tais propostas também foram sugeridas em outros estudos para melhorar a qualidade na assistência ao RN com dor. Protocolos com uso de escalas de avaliação de dor específica para os neonatos e a sistematização do cuidado facilitam uma rotina de avaliação, identificação e tratamento da dor de maneira humanizada; qualificam a atenção aos neonatos em terapia intensiva de forma personalizada e humanizada, de acordo com as reais necessidades de cada criança (BOTTEGA *et al.*, 2014; CAETANO *et al.*, 2013; CONG; DELANY; VAZQUEZ, 2013; MENDES *et al.*, 2013; PACHECO *et al.*, 2012).

Tratar a dor neonatal é uma questão ética, humanitária e um direito a ser garantido a todos os neonatos. O enfermeiro é responsável pelo planejamento do cuidado e compete a ele garantir a assistência de enfermagem humanizada (KHOZA, TJALE, 2014; TAVARES, 2008).

O MC é um modelo assistencial voltado para a melhoria na qualidade do cuidado de forma humanizada ao RN, favorece o vínculo familiar com o filho, promove o aleitamento materno, diminui o risco de infecção hospitalar, melhora a qualidade do desenvolvimento neuropsicomotor, e contribui na redução do estresse e da dor. Tal metodologia apoia a participação dos pais nos cuidados prestados ao RN (BRASIL, 2014).

CONCLUSÃO

Ficou evidente que a equipe de enfermagem do SARNEO reconhece a dor, tem a consciência sobre a importância do cuidar da dor neonatal e suas consequências, preocupa-se e tem empenho para prestar um cuidado qualificado. Contudo, a avaliação diante da dor ainda é realizada pela maioria dos participantes de forma subjetiva, mesmo após a implantação da escala de NIPS, com base na experiência e conhecimento individual, mesmo que procurem fazê-la de forma humanizada e qualificada. Este parâmetro normalmente é o motivador da comunicação da dor apresentada pelo RN à enfermeira e ao médico. Percebe-se que não há incorporação do uso da escala, por desconhecimento sobre a forma de utilizá-la e interpretá-la,

desvalorização e descrédito da equipe quanto aos resultados, o que implica na necessidade de discussão da equipe sobre a aplicabilidade da escala e sobre a rotinização e realização mecânica desta ferramenta sem um embasamento científico. Os participantes priorizam as medidas não farmacológicas para alívio da dor: enrolamento do RN no cueiro, contenção facilitada, sucção não nutritiva associada à oferta de sacarose e cuidados ambientais. Em alguns momentos a participação dos pais também é um elemento facilitador para o manejo da dor neonatal, pois este pode auxiliar na promoção do conforto, aconchego, toque e carinho oferecidos pelo contato pele a pele, a posição canguru e o estímulo da amamentação.

Esses conhecimentos estão fundamentados pela política institucional do apoio à atenção humanizada ao recém-nascido e conhecimentos adquiridos pelo tempo de experiência e formação profissional através de atualizações constantes fornecidas à equipe de saúde. Porém, esse método de assistência ao RN não está sistematizado por meio de condutas pré-definidas para seguimento da equipe de enfermagem, recomendando-se a criação de um plano de cuidados. Observou-se também fragilidade nos registros sobre a avaliação e o manejo realizado pela enfermagem, sendo necessário reforçar esta prática para dar visibilidade à profissão, legalizar sua prática e, sobretudo, proteger o RN.

A atividade educativa propiciou a reflexão, o debate e a problematização sobre o tema, sensibilizando e gerando uma atitude diferenciada dos participantes sobre a temática que continua em processo de mudança. A prática educativa configurou-se como um espaço de relações democráticas e horizontais, do exercício da dialogicidade, reflexão e problematização sobre as práticas realizadas no cotidiano. Constituiu-se um espaço de problematização da realidade, reflexão-ação, propostos por Freire (2014; 2014a), oportunidade para construção de conhecimentos, diálogos, transformação de condutas e práticas cotidianas, contribuindo para a qualificação do cuidado prestado, visibilidade, valorização e reconhecimento do trabalho da equipe de enfermagem.

Evidencia-se a necessidade de rever a formação acadêmica e institucional, fortalecendo a avaliação da dor como o quinto sinal vital. Propiciar educação permanente para subsidiar as decisões dos profissionais de saúde, sobretudo da enfermagem, a criação de novas estratégias que possam avaliar a dor de maneira mais fidedigna e estabelecer medidas menos intervencionistas e arriscadas aos recém-nascidos. É importante conhecer a fisiologia da dor, a ação dos fármacos

e suas consequências para fundamentar a administração dos medicamentos quando esta for a opção mais viável. É necessário que os gestores vejam o alívio da dor como um indicador da qualidade e da humanização da assistência. Para tanto, condições de trabalho adequadas, com recursos materiais e humanos qualificados precisam ser garantidos.

O enfermeiro e a equipe de enfermagem possui um papel fundamental neste processo, pois permanece dia e noite ao lado do recém-nascido, observando e atendendo suas reações, posturas e chamados. Assim, tem a responsabilidade de buscar estratégias que possam contribuir para minimizar e tratar a dor.

O uso da PCA, pesquisa que engloba o fazer e o saber, possibilitou ao pesquisador aproximar-se da realidade e dos sujeitos envolvidos, por meio da entrevista e observação. Foi possível conhecer a dinâmica do processo de avaliação e manejo da dor neonatal e intervir na prática assistencial reflexões, possibilitando as construções de novos saberes e transformações no cuidado prestado.

Portanto, conhecer o processo de avaliação e manejo da dor neonatal deste *setting* de pesquisa e refletir criticamente sobre ele, trazendo à tona as dificuldades, facilidades vivenciadas pela equipe de enfermagem e estratégias para qualificar a atenção, são fundamentais para subsidiar o cuidado prestado, novas pesquisas e o planejamento de uma construção coletiva de um plano de cuidados de terapia não farmacológica.

Conclui-se que esta pesquisa contribuiu para conhecer a realidade deste local sobre o processo de avaliação e manejo da dor. A partir deste conhecimento pode-se promover a reflexão, debate e produção de conhecimento, propor mudanças e inovações na atenção à saúde do RN no *setting* deste estudo e, quiçá, em outras em outras UTI. Recomenda-se desenvolver este estudo em outras instituições públicas e privadas, com outros profissionais da equipe de saúde, abordando também outras escalas de avaliação e estratégias para alívio da dor, ampliando o estado da arte sobre o tema e qualificando o cuidado prestado ao RN.

REFERÊNCIAS

ALVES, F. B.; et al. Dor neonatal: A percepção da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 4, n. 1, p. 510-515, jan./dez. 2013.

Disponível em:

<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533224011>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

AMARAL, J. B.; et al. Equipe de enfermagem diante da dor do recém-nascido pré-termo. **Revista escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p.241-246, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.SCIELO.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0241.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC; CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY (Org.). *Prevention and management of pain in the neonatal: an update*. **American Academy of Pediatrics**, v. 137, n. 2, fev. 2016. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2016/01/22/peds.2015-4271>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

ANAND, K. J. *Assesment of neonatal pain*. **UptoDate**, Waltham, MA, jun. 2016. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/assessment-of-neonatal-pain>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

_____. *Prevention and treatment of neonatal pain*. **UptoDate**, Waltham, MA, mar. 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/prevention-and-treatment-of-neonatal-pain>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

_____.; INTERNATIONAL EVIDENCE-BASED GROUP FOR NEONATAL PAIN (Org). Consensus statement the prevention and management of pain in the newborn. **American Medical Association**, Chicago, v. 155, n. 2, p. 173-180, fev. 2001. Disponível em: <<http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=190335>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

ARAÚJO, G. C.; et al. Dor em recém-nascidos: identificação, avaliação e intervenções. **Revista baiana de enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 3, p. 261-270, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13695/pdf_9>. Acesso em: 25 jan. 2016.

AYMAR, C. L. G.; et al. Avaliação e manejo da dor na UTI neonatal: análise de uma intervenção educativa para os profissionais de saúde. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v. 90, n. 3, p. 308-315, jun. 2014. Disponível em: <http://www.SCIELO.br/pdf/jped/v90n3/pt_0021-7557-jped-90-03-00308.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2015.

BARBOSA, S. M. M.; PUPIM, M. P. V. Manejo da dor. In: CAMPOS JÚNIOR, D.; BURNS, D.A.R. (Org.). **Tratado de pediatria**: Sociedade Brasileira de Pediatria. Barueri, SP: Manole, 2014, p. 3519-325.

BORDENAVE, J. E. D; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 33.ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

BOTTEGA, F. H.; et al. Avaliação em neonatos e crianças em terapia intensiva. **Revista de pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 909-917, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/3115>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, nº 12, 13 jun. 2012. Seção 1, p. 59.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método Canguru**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRUMMELTE, S.; et al. *Procedural pain and brain development in premature newborns*. **Annals of neurology**, Malden, v. 71, n. 3, p. 385-396, mar. 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ana.22267/epdf>>. Acesso: 10 dez. 2016.

CAETANO, E. A.; et al. O recém-nascido com dor: atuação da equipe

de enfermagem. **Revista escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 439-445, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127728368006>>. Acesso em: 10 out. 2016.

CAPELLINI, V. K. **Exposição, avaliação e manejo da dor aguda do recém-nascido em unidades neonatais de um hospital estadual**. 2012. 134f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-16012013-113033/>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

_____.; et al. Conhecimento e atitudes de profissionais de saúde sobre avaliação e manejo da dor neonatal. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 2, p. 361-369, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://w.fen.ufg.br/revista/v16/n2/pdf/v16n2a12.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2015.

CARNIEL, E. L. **Avaliação e tratamento da dor nas unidades de tratamento intensivo neonatais de Porto Alegre**. 2013. 68f. Dissertação (Mestrado em Pediatria e Saúde da Criança) – Faculdade de Medicina, PUCRS, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5513/1/000451397-Texto%2BCompleto-0.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2015.

CHEN, M.; et al. A prospective study of pain experience in a neonatal intensive care of China. **Clin. J. Pain**, Filadélfia, v. 28, n. 8, 2012, p. 700-704, out. 2012. Disponível em: <http://journals.lww.com/clinicalpain/Abstract/2012/10000/A_Prospectiv_Study_of_Pain_Experience_in_a.8.aspx>. Acesso em: 23 nov. 2016.

CHRISTOFFEL, M. M.; et al. Conhecimento dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor neonatal. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 3, p. 552-558, mai./jun. 2016. Disponível em: <<http://www.SCIELO.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0552.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2016.

_____.; _____. Atitude dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor neonatal. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 1-8, fev. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414->

81452017000100218&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 mar. 2017.

COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN; SECTION ON ANESTHESIOLOGY AND PAIN MEDICINE. Prevention and Management of Procedural Pain in the Neonate: An Update, **Pediatrics**, Illinois, v. 137, n. 2, p. 1-15, fev. 2016. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2016/01/22/peds.2015-4271.full.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2016.

CONG, X.; DELANEY, C.; VAZQUEZ, V. *Neonatal nurses' perceptions of pain assessment and management in nicus: a national survey*. **Advances in neonate care**, Philadelphia, v. 13, n. 5, p. 353-360, out. 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Xiaomei_Cong/publication/280836773_Nurse_survey_National_ANC/links/55c8b16b08aeb97567476899.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2016.

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-enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 185-192, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00185.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2015.

COSTA, K. F.; et al. Manejo clínico da dor no recém-nascido: percepção de enfermeiros da unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de pesquisa cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 3758-3769, jan./mar. 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3950/pdf_1786>. Acesso em: 21 jul. 2016.

COSTA, R.; CORDEIRO, R. A. Desconforto e dor em recém-nascido: reflexões da enfermagem neonatal. **Revista enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 1-6, jan./fev. 2016. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v24n1/v24n1a02.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

CRUZ, C. T.; et al. Avaliação da dor de recém-nascidos durante procedimentos invasivos em terapia intensiva. **Revista dor**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 197-200, jul./set. 2016. Disponível em: <http://www.SCIELO.br/SCIELO.php?script=sci_arttext&pid=S1806-

00132016000300197&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 dez. 2016.

FONTES, K. B.; JAQUES, A. E. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 6, supl. 2, p. 481-487, 2007. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/issue/view/291>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 58. ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43. ed., São Paulo: Paz e Terra, 2014a.

GADÊLHA, V. S. **A dor no recém-nascido sob ótica dos enfermeiros**. 2013, 85f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Ceilândia, 2013. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/6123/1/2013_VanessadaSilvaGadella.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2014

GAÍVA, M. A. M.; et al. Procedimentos dolorosos em recém-nascidos prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 21, n. 1, p. 48-54, 2014. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-1/v21-1.htm>. Acesso em: 15 jan. 2015.

GIBBINS, S.; et al. *Perceptions of health professionals on pain in extremely low gestational age infants*. **Revista Qualitative Health Research**, Canadá, v. 25, n. 6, p. 763-774, jun. 2015. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1049732315580105>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. Taxonomy working group. **Washington**, 1994. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part_III-PainTerms.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2017.

KHOZA, S. L.; TJALE, A. A. Knowledge, attitudes and practices of neonatal staff concerning neonatal pain management. **Revista Curationis**, África do Sul, v. 37, n. 2, p. 1-9, nov. 2014. Disponível em:

<http://www.SCIELO.org.za/SCIELO.php?script=sci_arttext&pid=S2223-62792014000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2016.

KOSTAK, M. A.; et al. *Determination of methods used by the neonatal care unit nurses for management of procedural pain in Turkey*. **Revista Jornal of Pakistan Medical Association**, Carachi, v. 65, n. 5, p. 526-531, maio 2015. Disponível em: <<http://www.jpma.org.pk/PdfDownload/7350.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2016.

LÉLIS, A. L. P. A.; et al. Cuidado humanístico e a percepções de enfermagem diante da dor do recém-nascido. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 694-700, out./dez. 2011. Disponível em: <http://www.SCIELO.br/SCIELO.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400006>. Acesso em: 23 nov. 2016.

MARTINS, S. W.; et al. Avaliação e controle da dor por enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Dor**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 21-26, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.SCIELO.br/pdf/rdor/v14n1/v14n1a06.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2015.

_____.; ENUMO, S. R. F.; PAULA, K. M. P. Manejo da dor neonatal: influência de fatores psicológicos e organizacionais. **Revista estudo de psicologia**, Campinas, v. 33, n. 4, p.633-644, dez. 2016. Disponível em: <http://www.SCIELO.br/SCIELO.php?pid=S0103-166X2016000400633&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 jan. 2017.

MENDES, L. C.; et al. A dor no recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, n. 11, p. 6446-6454, nov. 2013. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8528/1/2013_art_ffonte nele.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2016.

MONFRIM, X. M.; et al. Escala de avaliação da dor: percepção dos enfermeiros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista de enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v.5, n. 1, p. 12-22, 2015. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/15049/pdf>>. Acesso em: 26 jan.

2016.

NATIONAL PHARMACEUTICAL COUNCIL; JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. **Pain**: current understanding of assessment, management, and treatments. Dez., 2001. Disponível em: <<http://www.npcnow.org/system/files/research/download/Pain-Current-Understanding-of-Assessment-Management-and-Treatments.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2016.

OLIVEIRA, R.M.; et al. Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 277-283, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.SCIELO.br/SCIELO.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200009>. Acesso em: 23 nov. 2016.

PACHECO, S. T. A.; et al. O cuidado pelo enfermeiro ao recém-nascido prematuro frente à punção venosa. **Revista enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 306-311, 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n3/v20n3a04.pdf>>. Acesso: 21 nov. 2016.

QUERIDO, D. L. **Intervenção multifacetada no manejo não farmacológico da dor neonatal**. 2014. 175p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTARIO (Org.). Assessment and management of pain. Ontario, 3. ed., dez. 2013. Disponível em: <http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/AssessAndManagementOfPain_15_WEB-_FINAL_DEC_2.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2017.

RIVAS L., A.; RIVAS, E. R.; BUSTON M. L. *Validación de escala de valoración del dolor em recién nacidos en una unidad de neonatología*. **Revista Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. 18, n. 2, p. 93-99, ago. 2012. Disponível: <http://www.SCIELO.cl/SCIELO.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200010>. Acesso em: 22 nov. 2016.

ROCHA, M. C. P.; et al. Avaliação da dor por enfermeiros em unidade

de terapia intensiva neonatal. **Revista ciência cuidado e saúde**, Maringá, v. 12, n. 4, p. 624-632, out./dez. 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20011/pdf_56>. Acesso em: 02 nov. 2016.

ROSÁRIO, S. S. D.; et al. Assistência de enfermagem ao recém-nascido com dor em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v. 8, supl. 1, p. 2382-2389, jul. 2014. Disponível: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/3240>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

SANTOS, M. Z.; KUSAHARA, D. M.; PEDREIRA, M. L. G. Vivências de enfermeiros intensivistas na avaliação e intervenção para alívio da dor na criança. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1074-1081, out. 2012. Disponível em: <http://www.SCIELO.br/SCIELO.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500006&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 21 nov. 2016.

SANTOS, L. M.; et al. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 27-33, jan./fev 2012. Disponível: <<http://www.SCIELO.br/pdf/reben/v65n1/04.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2016

_____.; RIBEIRO, I. S.; SANTANA, C. B. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, v. 65, n. 2, p. 269-275, mar./abr. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a11.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

SILVA, G. M.; et al. Conhecimento das enfermeiras atuantes em unidade de terapia intensiva frente a dor no recém-nascido pré-termo. **Revista Ibero-Americana de Educación e Investigación em Enfermaria**, Madri, v. 7, n. 1, p. 47-55, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/150/+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

SOARES, A. C.; et al. Dor em unidade neonatal: conhecimento atitude e prática da equipe de enfermagem. **Revista Cogitare Enfermagem**,

Paraná, v. 21, n. 2, p. 01-10, abr./jun., 2016. Disponível em:
<<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/42897/28163>>. Acesso em:
21 jul. 2016.

TAÍNE, C. Conhecimentos e práticas de avaliação e tratamento da dor em recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva neonatal de Curitiba/PR e região metropolitana. 2015. 152f.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 2015. Disponível:
<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-31082016-130839/pt-br.php>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

TAMEZ, R. N. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
TASSINARY, R. F.; HAHN, G. V. Intervenções de enfermagem para o alívio da dor em recém-nascidos. **Revista Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 219-226, jun. 2013. Disponível em:
<http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5414>. Acesso em: 03 ago. 2016.

TAVARES, L. A. M. Uma declaração universal de direitos para o bebê prematuro. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2008/2009. Disponível em:
<http://www.aleitamento.com/upload%5Carquivos%5Carquivo1_2044.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2015.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. G. V. Pesquisa convergente assistencial. Porto Alegre: Morá, 2014.

TURNAGE, C. S.; LABRECQUE, M.A. Controle da dor e do estresse. In: **CLOHEERT, E. C.; EICHENWALD, A. R. S.; STARK, A. R.** **Manual de neonatologia.** 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. p. 695-706.

5.2 MANUSCRITO 3 – DOR NEONATAL: COMPREENDER, SENSIBILIZAR E REVISITAR PRÁTICAS DE ENFERMAGEM

RESUMO

Apolítica de atenção humanizada propõe momentos educativos e sensibilização da enfermagem diante da dor neonatal reforçando estratégias para seu manejo. Objetivo: conhecer as percepções da equipe de enfermagem sobre seu papel diante da dor do RN e sensibilizar a equipe sobre a avaliação e manejo da dor através de prática educativa. Método: pesquisa na modalidade convergente assistencial com 65 profissionais no Serviço de Alto Risco Neonatal em 2015 a 2016. A coleta de dados deu-se por observação, entrevistas e da prática educativa guiada pela metodologia ativa. A análise seguiu as etapas de apreensão, síntese, teorização e transferência, seguindo princípios éticos. Resultados: realizados 11 encontros, com problematização de temas chaves. As percepções relativas à assistência a dor: sensações/ sentimentos de abandono/ desrespeito, de acolhimento/ respeito e de atenção científica/ personalizada; avaliação subjetiva da dor; importância de medidas não farmacológicas; necessidade de capacitação. Os papéis fundamentais da equipe de enfermagem: acolhimento, proteção; suporte à vida, avaliação, prevenção, minimização da dor, atenção personalizada e científica. Os profissionais deram maior significância para a *Neonatal Infant Pain Scale*. A prática educativa possibilitou reflexão, sensibilização da equipe na avaliação e manejo da dor do RN. Possibilitou rever e refletir sobre prática, interagir, trocar, atualizar saberes, sensibilizar os envolvidos para a temática da dor e suas responsabilidades, fortalecer o protagonismo, propiciando a eles trazer sugestões para qualificar o atendimento e transformar condutas. Conclusão: a prática educativa é um instrumento importante para a reflexão-ação-reflexão em enfermagem, para a produção de conhecimentos, dando maior visibilidade as suas ações. A enfermagem desempenha um papel fundamental na avaliação e manejo da dor, necessitando de uma capacitação permanente e apoio institucional.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Dor. Recém-nascido. Neonato.

INTRODUÇÃO

De acordo com a *International Association for the Study of Pain*

(IASP), a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial de tecidos ou descrita em termos de tal dano (IASP, 1994; WHITE; STEIN, 2010). É imensurável, complexa e multifatorial, subjetiva; envolve aspectos sensoriais, afetivos, cognitivos, sociais, comportamentais e ambientais (CHRISTOFFEL, 2009), com significados e percepções diversas por parte de quem a sente e busca, sobretudo, aliviá-la, sendo fundamental conhecê-la. Os avanços tecnológicos contribuíram para aumentar expectativa de vida, principalmente dos recém-nascidos pré-termos (RNPT). Entretanto, durante sua internação nas Unidades Neonatais (UN), os neonatos estão expostos a diferentes procedimentos dolorosos ou manipulações excessivas estressantes, geradores de dor, quando deveriam ser realizados minimamente (GAÍVA *et al.*, 2014).

A partir da 20ª semana, o feto já possui neurotransmissores aptos a detectar estímulos dolorosos e estressantes. A exposição repetida, especialmente, em pré-termos extremos, ocorre no período crítico de organização estrutural e funcional do Sistema Nervoso Central (SNC), desencadeando um limiar de dor mais baixo. Um simples estímulo tátil ou sonoro pode despertar a sensação de dor e estresse no neonato. Tal exposição precoce propicia alterações no desenvolvimento cerebral e afeta as aquisições neurológicas, emocionais e cognitivas futuramente (ANAND, 2017; TAMEZ, 2013; TURNAGE; LABRACQUE, 2015).

No município de Cuiabá, estado de Mato Grosso, estudo em uma UN com 127 RNPT com a finalidade de identificar e caracterizar os tipos e a frequência de procedimentos dolorosos durante a internação na UN, levantou 5.758 procedimentos dolorosos, sendo os mais frequentes durante a internação de prematuros, as punções de calcâneo e para exames e também as aspirações do tubo orotraqueal. Apenas 28 RNPT tiveram sua dor tratada e não houve registros da utilização dos métodos não farmacológicos durante os procedimentos, o que denota que os profissionais envolvidos nestes cuidados não estão suficientemente preparados para avaliar, controlar e tratar a dor desses pacientes (GAÍVA *et al.*, 2014). Diversos estudos, mesmo evidenciando a importância do reconhecimento e tratamento da dor neonatal, ainda identificaram que é subtratada ou até desconsiderada em muitas unidades neonatais (JEONG *et al.*, 2014; MARTINS *et al.*, 2013; COSTA *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2011).

A identificação e avaliação da dor, de acordo com as diferentes percepções dos membros da equipe, podem interferir e dificultar medidas de prevenção e alívio da dor, sendo necessário rever estas questões. A dor é, sobretudo, identificada de forma subjetiva através de parâmetros

comportamentais e fisiológicos, com base e influenciada pela experiência profissional, conhecimentos, formação, crenças e valores individuais (ALVES *et al.*, 2013; CHRISTOFFEL *et al.*, 2016; COSTA *et al.*, 2016; SANTOS; KUSAHARA; PEDREIRA, 2012; SOARES *et al.*, 2016). Pesquisa na Bahia com 62 profissionais de enfermagem identificou que as características mais observadas na avaliação da dor foram: o tipo de choro 90,3%, os movimentos corporais (64,5%), as caretas (48,4%) e aumento da frequência cardíaca (43,5%) para avaliar a dor (ARAÚJO *et al.*, 2015).

No processo de avaliação da dor, com vistas a dar suporte aos profissionais de saúde que atuam na UTIN, foram desenvolvidas escalas específicas à população neonatal. Estas escalas, em sua maioria, pontuam indicadores fisiológicos e comportamentais que mensuram a intensidade da dor, devendo atender o perfil da clientela e ser de fácil aplicação à beira do leito (MELO *et al.*, 2014; BRASIL, 2014; BRASIL, 2014a).

As escalas para avaliação da dor neonatal são ferramentas clínicas de baixo custo e de alto impacto. Contudo, estudos apontam desconhecimento ou não utilização delas, como citado em Alves *et al.* (2013) e Santos, Ribeiro e Santana (2012). O estudo de Araújo *et al.* (2015) revela que dos 62 profissionais de enfermagem pesquisados, apenas 39,3% deles afirmam conhecer escalas específicas para avaliação da dor, 60,7% não conheciam e nenhum dos profissionais as utilizava de forma rotineira no local estudado.

Os motivos alegados como dificultadores no processo de avaliação da dor neonatal foram: desconsiderar a dor como um dos sinais vitais do RN (CHRISTOFFEL *et al.*, 2016); não utilização de escalas (MARTINS *et al.*, 2013), impossibilidade de verbalização da dor pelo RNPT (SILVA *et al.*, 2015) e imprevisibilidade das respostas do RN; falta de protocolos e conhecimentos sobre a importância da avaliação e manejo da dor, compreensão da dor como evento secundário; sobrecarga de trabalho, faltando tempo para observar o comportamento do neonato, a crença da cultura ocidental em valorizar quem suporta a dor e o sofrimento (CAPELLINI, 2012, QUERIDO, 2014; GIBBINS *et al.*, 2015; ROCHA; PRADO; SILVA, 2012; SILVA *et al.*, 2015), a falta deste conteúdo nas disciplinas acadêmicas e na educação permanente, dificultando a compreensão sobre a dor, importância da avaliação, prevenção e do manejo adequado (AMARAL *et al.*, 2014; CHRISTOFFEL *et al.*, 2016).

Este quadro também tem se desvelado durante a trajetória da autora deste estudo como enfermeira assistencial do Serviço de Alto Risco Neonatal (SARNEO) que utiliza a *Neonatal Infant Pain* (NIPS) para avaliação da dor. Em que pese a busca constante de atendimento

humanizado ao RN em consonância com Política Nacional de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru (MC) e sensibilizações para a dor, sua avaliação e manejo, a avaliação da dor ainda é subjetiva e os cuidados após a identificação da dor são realizados de acordo com a percepção, conhecimentos e experiência do profissional, sem a existência de um plano de cuidados. A aplicação da escala decorre da prescrição médica e é apenas registrada no prontuário do paciente, ou seja, a equipe de enfermagem não interpreta os dados obtidos pela escala, nem realiza condutas de manejo a partir desta. A terapia farmacológica é empregada conforme prescrição médica.

Sabe-se que a dor como quinto sinal vital, a avaliação fidedigna e os estabelecimentos de protocolos com medidas não farmacológicas e farmacológicas para tratá-la ou aliviá-la, respeitando as individualidades dos RN, qualificam a atenção aos neonatos em terapia intensiva e resultam em um cuidado personalizado e humanizado, de acordo com as necessidades de cada criança (ALVES *et al.*, 2013; ARAÚJO *et al.*, 2015; BOTTEGA *et al.*, 2014;CHRISTOFFEL *et al.*, 2016).Os registros individualizados de cada profissional são importantes para o alcance da integralidade da assistência prestada pela equipe multiprofissional, tornando possível a utilização de condutas específicas para o alívio da dor e minimização de agravos.

A inquietude diante do exposto na literatura e na prática, a importância de conhecer as percepções dos profissionais para uma melhor avaliação e manejo e motivá-los/sensibilizá-los para a questão dor, com vistas a qualificar o cuidado ao RN, deu origem a esta pesquisa que tem por objetivos: conhecer as percepções da equipe de enfermagem quanto ao seu papel diante da dor do RN e sensibilizar a equipe de enfermagem sobre a avaliação e manejo da dor através de prática educativa.

A prática educativa é um instrumento que pode ser utilizado para sensibilizar os profissionais de enfermagem a refletirem sobre o tema de sua prática, a partir de suas necessidades, podendo gerar mudanças no seu contexto de atuação, estimular a participação ativa deste processo e produzir novos conhecimentos (BRASIL, 2009; ZAMPIERI *et al.*, 2010). Transformações para uma nova realidade são possíveis por meio de ações educativas, permanentes, considerando a realidade vivenciada e os conhecimentos prévios dos participantes (SARDINHA *et al.*, 2013).

Sendo assim, busca-se através de uma prática educativa criar um espaço para discussões e reflexões com a equipe de enfermagem sobre sua prática diária, identificando percepções sobre a dor e sensibilizá-los quanto à importância da identificação, avaliação, manejo da dor neonatal e papel da enfermagem neste campo de atuação.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa na modalidade convergente assistencial. Visa propor alternativas para solucionar os problemas no *setting* de pesquisa, realizar transformações e buscar inovações na situação social, na área de saúde. O processo de “saber pensar” e “saber fazer” permitem a construção de um novo processo de trabalho, o “aprender a pensar o fazer”.

O *setting* de pesquisa foi o Serviço de Alto Risco Neonatal (SARNEO) de uma maternidade de Referência Hospital Amigo da Criança referência para o MC, localizada no sul do país. O período de coleta ocorreu entre 15 de novembro e 15 de dezembro de 2015, com a participação dos membros da equipe de enfermagem, pertencentes aos turnos diurnos e noturnos. Os participantes do estudo foram 65 profissionais, 10 enfermeiras e 55 técnicos e/ ou auxiliares de enfermagem.

A coleta de dados ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa onde os envolvidos na pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012) e nº 9610/98 (BRASIL, 1998). A fim de preservar o anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados com nome de flores, por exemplo: “Rosa”, “Lírio”, “Violeta”.

Inicialmente foi realizada uma observação da prática e entrevistas semiestruturadas com os participantes, antes da realização da prática educativa para poder subsidiá-la. Neste primeiro momento, realizado de 15 a 25 de novembro de 2015, foi observada a dinâmica da unidade de atuação da equipe de enfermagem por meio de roteiro no que concerne à avaliação e manejo da dor e entrevistados representantes dos diferentes turnos até alcançar a saturação de dados, ou seja, até que houvesse a repetição das informações. Participaram 19 profissionais da equipe de enfermagem, nove enfermeiros, nove técnicos e uma auxiliar de enfermagem dos diferentes plantões noturnos e diurnos. Os critérios de inclusão foram concordância, interesse e aderência ao tema, atuar no mínimo há seis meses no setor e estar presente no *setting* de pesquisa durante a coleta de dados.

Os dados da entrevista e observação subsidiaram o desenvolvimento da prática educativa, o segundo momento. A prática educativa, realizada coletivamente, com o grupo de convergência por meio de oficinas, ocorreu no período de 1 a 15 de dezembro de 2015 e os dados analisados em 2016, sendo um instrumento para coleta de informações e sensibilização da equipe sobre a questão da dor, sua

avaliação e manejo. A prática educativa foi desenvolvida através do grupo de convergência, ou seja, pessoas com objetivos e necessidades comuns, tendo o objetivo de desenvolver pesquisa em simultaneidade com a prática assistencial em educação em saúde (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A prática educativa ocorreu durante a jornada de trabalho dos envolvidos para que todos pudessem participar e então os membros da equipe foram convidados obedecendo ao critério estabelecido: estar presente durante a jornada de trabalho.

Para atender o desenvolvimento da prática educativa, adotou-se a metodologia ativa de aprendizado, baseada na problematização através do Arco de Charles Maguerez, proposta por Bordenave e Pereira (2015) e guiada por ideias de Freire (2014; 2014a), que trabalham situações advindas da realidade, estimulam o diálogo e a problematização das questões para superar as dificuldades e aumentar a autonomia dos envolvidos.

Bordenave e Pereira (2015) propuseram como estratégia para uma educação problematizadora o Arco da Problematização de Charles Maguerez, constituído das seguintes etapas: a) observação da realidade através do levantamento de problemas existentes; b) identificação dos pontos chaves, buscando caminhos para solucionar o problema através da participação ativa dos membros; teorização na qual os participantes problematizam e compreendem o tema, fundamentados em conhecimentos teóricos e científicos; hipótese de soluções – a discussão teorizada formula conceitos próprios, gerando soluções para aplicação prática; e, por fim, a execução efetiva ou aplicação na realidade, na qual as hipóteses levantadas são aplicadas no cotidiano da prática, viabilizando a transformação da realidade.

Sendo assim, o planejamento das oficinas seguiu as seguintes etapas:

- a) **“Conhecendo-se e apresentando propostas”**: momento de apresentação pessoal e interação entre os participantes, com objetivo de estimular o entrosamento e apresentar os objetivos da oficina;
- b) **“Sensibilizando e revisitando a prática”**: neste momento foram apresentadas situações da prática por meio de dinâmicas, com o intuito de sensibilizar o grupo para problematizar, aprofundar conhecimentos relativos à questão da pesquisa, rever as suas condutas no atendimento ao recém-nascido e também identificar os primeiros temas chaves. Esta etapa constituiu o momento de observação da

realidade e o levantamento de pontos-chave do Arco de Magueréz, adaptados pelos autores desta pesquisa;

- c) **“Caminho da problematização e teorização”**: foi o momento de teorização, no qual foram acordados os temas chaves para problematização e discussão com a literatura, a partir da observação da realidade. Os temas/ categorias chaves foram discutidos e problematizados à luz da literatura científica, compreendendo a teorização, um passo fundamental do Arco de Magueréz;
- d) **“Aprendendo e formulando propostas”**: momento de elaborar os conhecimentos em conjunto, no qual o grupo trouxe propostas para ações na prática para avaliação e manejo da dor;
- e) **“Revedo alternativas e construindo o plano”**: foi o momento de discussão das soluções aplicáveis para os problemas da realidade do momento, representadas por hipóteses no Arco. Também foram realizadas as avaliações sobre as dinâmicas e se os objetivos haviam sido alcançados. Para avaliação da prática educativa foi entregue um questionário aos participantes para que pudessem avaliar seu autoconhecimento, bem como propor sugestões de melhoria para os demais encontros.

As oficinas tiveram um caráter de sensibilização para três questões importantes: a avaliação da dor no RN; sensibilização do grupo em relação à responsabilidade da equipe de enfermagem no planejamento/ execução do cuidado e da produção do conhecimento para melhorar a prática e aderência aos novos cuidados; trazer discussões sobre os conhecimentos e dificuldades do uso da escala de NIPS, tema que surgiu durante os dois momentos da pesquisa.

O processo de coleta de dados na prática educativa ocorreu através da construção de cartazes/ depoimentos sobre a percepção da equipe diante dos quebra-cabeças e os registros das avaliações após o término da prática educativa.

A fase de análise, de acordo com Trentini, Paim e Silva (2014), ocorreu simultaneamente com o processo de coleta de dados. À medida que os dados foram transcritos, foi realizada uma pré-análise das entrevistas e observações. Estas informações subsidiaram o desenvolvimento das oficinas como havia sido programado. Durante os intervalos de cada oficina e ao término delas, fez-se a análise e síntese dos dados que haviam sido discutidos, seguindo as etapas de análise, propostos por Trentini, Paim e Silva (2014): apreensão, síntese,

teorização e transferência. Os dados da prática educativa foram organizados de uma forma sistemática, lidos de forma aprofundada e foram codificados, ou seja, foram reconhecidas palavras, frases, temas-chaves que se destacavam nos relatos dos participantes. Após a codificação, foi realizada a leitura vertical e transversal, buscando identificar aspectos convergentes, expressões com características similares ou que se completavam entre si, dando origem às principais categorias e constituindo a fase de apreensão (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). A seguir, na fase de síntese, os temas agrupados (categorias) foram descritos de forma sintética e teorizados, à luz do referencial-metodológico e demais literaturas científicas na fase de teorização. Tais resultados serão contextualizados em outras realidades, sem ocorrer generalizações, concretizando-se a última fase, a de transferência, segundo propõem Trentini, Paim e Silva (2014).

RESULTADOS

Os 98 profissionais de enfermagem foram convidados, entretanto 33 profissionais não participaram, sendo que as principais causas apontadas foram os afastamentos e a indisponibilidade do profissional em ausentar-se do setor devido às intercorrências na unidade. Participaram da prática educativa 65 profissionais, 10 enfermeiras, 55 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem. Os encontros duraram em média uma hora e trinta minutos e foram realizados durante o turno de trabalho da equipe para que houvesse maior adesão.

Foram realizados 11 encontros: cinco no período noturno e seis diurnos. O número de encontros foi estabelecido conforme o número de participantes, pois nem todos os profissionais do setor puderam ausentar-se do serviço ao mesmo tempo. Desta forma, foram realizados dois grupos por plantão, sobretudo no período diurno, compondo-se equipes de três a oito integrantes. No período noturno, os grupos foram compostos de três a 12 pessoas. Para o desenvolvimento das dinâmicas, o grupo foi subdividido em dois subgrupos, contendo de três a seis participantes e foram confeccionados dois cartazes. Nos grupos em que havia de três a quatro participantes foi confeccionado apenas um cartaz para que facilitasse o entrosamento.

A prática educativa foi introduzida pelo momento de “**Conhecer e apresentando propostas**”, no qual os participantes realizaram apresentação pessoal e o objetivo foi apresentado, seguido da apresentação do TCLE. Mediante os esclarecimentos, seguiu-se com o momento de “**Sensibilizando e revisitando a prática**”. Para tanto, foram

usadas imagens que remetessem ao contexto dessa realidade e foram distribuídas aos participantes sob forma de quebra-cabeça. Após as montagens dos quebra-cabeças, os participantes revisitaram sua prática e tiveram acesso a situações de sua realidade que provocavam dor e também seu alívio. O objetivo desta etapa foi identificar a percepção da equipe em relação às ações assistenciais do RN no seu cotidiano de trabalho e provocar a reflexão sobre esta prática, elencando os temas chaves.

Os participantes foram divididos em pequenos grupos, conforme descrito acima, para a confecção dos cartazes e a montagem dos quebra-cabeças, expressando palavras representativas sobre as práticas e o papel da enfermagem. Essa dinâmica e a interação entre os participantes permitiu que levantassem temas chaves comuns, referentes à dor do RN, a partir da realidade vivenciada.

Esses cartazes foram apresentados ao grande grupo. A equipe identificou-se e reviu sua prática através das imagens relacionadas à realidade do grupo – algumas revelavam o descaso e atenção rotineira diante da dor e outras um atendimento mais personalizado. Através do olhar crítico sobre suas intervenções, realizadas na prática, expressaram diversas percepções, representados nos discursos: “Faz parte, o tempo todo da nossa realidade as duas imagens, até porque temos que fazer bastantes procedimentos lá dentro” (ROSA). “[...] acho que é 100% do nosso trabalho todo, entra na nossa rotina [...]” (AZALÉIA).

A partir da observação das práticas de enfermagem diante do RN com dor e discussão sobre a realidade vivenciada pelos grupos, emergiram, após reflexão crítica, inicialmente algumas percepções, a partir das imagens apresentadas: percepções do cuidado através de sensações/sentimentos positivos e negativos, percepção da avaliação pela observação do comportamento do RN, percepção da importância da habilidade técnica e a necessidade de capacitação. Algumas imagens despertaram na equipe percepções relativas aos sentimentos de: desespero, insegurança, sofrimento, fragilidade, medo, abandono, falta de defesa/ desproteção, desrespeito e insensibilidade dos profissionais, que podem culminar com a possibilidade de transtorno emocional futuro. Tais percepções revelam a fragilidade do RN e a necessidade de existir profissionais que fiquem atentos aos sinais transmitidos pelo corpo do RN e pelos sons por ele emitidos, formas que tem para comunicar-se.

Outras imagens desvelaram sensações opostas de: segurança, conforto, proteção, humanização, atenção, carinho, comprometimento, tranquilidade, afeto, acolhimento, alívio, amor, vínculo, companheirismo, atenção, empatia, bem-estar, união, dedicação. Tais qualidades são

características do cuidado humanizado diante da dor, direito do RN.

Estes sentimentos, segundo a equipe, emergem no cotidiano da assistência: na primeira situação trazem sentimentos de impotência e acomodação dos profissionais que praticaram o cuidado e ao mesmo tempo indignação e inquietude de quem estava avaliando criticamente esta realidade; no segundo caso, sentimentos de motivação para agir, para acolher e qualificar e humanizar o cuidado. Neste sentido, a percepção do papel da enfermagem para a equipe deveria estar relacionada ao acolhimento e bem-estar do RN através dos cuidados a ele prestados.

Em relação à observação do comportamento do RN, as participantes traduziram as percepções da dor por meio de sinais comportamentais e fisiológicos: desconforto, alteração de sinais vitais, estresse, choro, irritação e caretas de dor. A maioria dos sinais é subjetivo, sendo os parâmetros mais utilizados para avaliar e indicar a dor do RN pela equipe de enfermagem. Também apontaram percepções que denotam bem-estar: calma, tranquilidade e boa qualidade do sono, haja vista que o RN estava dormindo e relaxado. Estas percepções mostram a inexistência da dor ou minimização desta por meio da promoção de conforto e aconchego.

Quanto à habilidade técnica, a equipe percebeu a partir da realidade colocada algumas ações que deveriam ser implementadas diante da dor, tanto relativas ao RN, quanto ao profissional: posicionamento corporal do RN e da cânula traqueal, aconchego, avaliação prévia, realização de procedimento invasivo só quando necessário e com medidas para prevenir a dor, suporte para a vida, segurança no manuseio, técnica correta, cuidado, atendimento rápido, bem como treinamento contínuo e necessidade de capacitação para cuidadores.

Dois pontos chamam atenção nos depoimentos: os aspectos relativos às técnicas de intervenção, vistas como procedimentos necessários, situação inevitável, que gera dor e estresse ao RN e a possibilidade de tomar medidas para minimizar a dor, o que exige capacitação, evidenciado pelo depoimento abaixo:

A gente viu um bebê grave que está em ventilação mecânica. Pontuamos a dificuldade do manuseio desse neném com a incubadora, com todo os aparelhos e equipamentos e materiais que precisa. A falta de aconchego, ele tem um ninho, só que não está fazendo a função que é de estar aconchegando mesmo com os rolinhos. [...] Necessidade de posicionamento corporal e da cânula. A gente vê

que ela está soltando. Trocar o bigode é ruim, porque dói, mas mal posicionado também é ruim. A capacitação para os cuidadores, para cuidar de um bebê desse, precisa ter uma equipe muito bem treinada [...] (ROSA).

As imagens que representaram o toque, o contato, o cuidado, o aconchego, o conhecimento, a orientação/inserção dos pais, o acalento, o posicionamento correto, o acalmar, o calor humano/ aquecimento, a assistência, a saúde emocional, trouxeram à tona a percepção sobre o papel da enfermagem, medidas não farmacológicas que podem ser realizadas para prevenir e minimizar a dor e apontaram o quanto deve ser especial o atendimento a esta parcela da população. Já os equipamentos específicos, revelaram a especificidade do cuidado prestado, a especialização necessária dos profissionais que atuam neste *setting* de cuidado e a necessidade de um cuidado intensivo.

A equipe de enfermagem também identificou a necessidade de educação permanente para a questão técnica e de suas relações para desenvolver uma assistência segura e humanizada, evitando ao máximo a sensação dolorosa e seus danos.

Para o grupo, a equipe de enfermagem tem como papéis fundamentais: no acolhimento, proteção e suporte à vida; na avaliação, prevenção, tratamento e minimização da dor do RN, sobretudo por meio de ações não farmacológicas, atenção personalizada e científica e inserção da família no processo.

Os temas chaves que emergiram foram agrupados em categorias, tais como: a percepção da equipe em relação às ações assistenciais ao RN; a importância das medidas não farmacológicas, o papel da equipe de enfermagem e a avaliação da dor neonatal.

Estes temas chaves subsidiaram discussões para a consolidação do momento de problematização da temática **“Caminho da problematização e teorização”**.

Um dos textos de apoio, escolhido para teorizar e problematizar os temas sobre importância do tratamento da dor e o papel da equipe de enfermagem foi o “Manejo clínico da enfermagem no alívio da dor em neonatos” de Carvalho e Carvalho (2012).

Os depoimentos ratificaram o exposto e destacaram como papel da enfermagem o suporte à vida dos RN. A equipe referiu-se à necessidade de realizar intervenções que podem ser dolorosas, mas com o cuidado de desenvolver ações que possam propiciar alívio à dor ou mesmo preveni-la, tornando este procedimento o menos danoso para o neonato, conforme

destacado nos depoimentos a seguir:

Aqui tem um bebezinho com faces de dor, irritação, desconforto, medo. Embora o tubo seja desconfortável, mas é um suporte para vida que é necessário para aquele momento e o papel da enfermagem é dar o suporte para a vida. (VIOLETA).

[...] é um sofrimento, desconforto, o tubo não é uma coisa confortável, vai além do corpo da gente, não é agradável. [...]Assistência, que é necessário para um paciente que está assim, a gente dá essa assistência ao paciente, no caso de aliviar esse desconforto todo, mas mesmo assim, a gente não consegue eliminar ele totalmente. Tem que ter um cuidado específico para poder dar uma assistência menos dolorosa para o paciente. A dor é inevitável, mesmo tendo todo cuidado e habilidade o paciente vai sentir menos dor [...] (PETÚNIA).

Percebeu-se, então, que a equipe do SARNEO possui um olhar sensível, crítico e humanístico, relativo às ações observadas pelas gravuras, que a remete a todo instante à realidade, procurando rever suas condutas. Em seus depoimentos, os participantes destacaram dois procedimentos que consideram muito dolorosos: a aspiração e a intubação. Revelaram a necessidade de ficarem atentos e tomar medidas para aliviar a dor ao realizá-los. Ficou evidente que a equipe de enfermagem do SARNEO reconhece algumas medidas não farmacológicas que podem contribuir para minimizar a dor neonatal, em direção a um cuidado mais humanizado, mas que por vezes a rotina da unidade torna o cuidado mecânico e descolado da necessidade do RN, conforme o discurso abaixo:

[...] dor, a solução para a dor, o aconchego, não é uma solução, mas serve para minimizar. É um bebê indefeso que depende da gente; para estar defendendo ele que está com medo, então um conforto. Às vezes a gente faz tudo isso por pressa. Ahh!!!, vou fazer rapidinho porque tem muitas coisas para fazer, às vezes acaba não pensando no aconchego que deveria dar para o bebê antes de estar fazendo (PETÚNIA).

A equipe também relacionou uma das imagens à dificuldade evidenciada em sua rotina, em acompanhar e auxiliar o funcionário do laboratório na coleta de exames laboratoriais. A rotina de coleta de exames laboratoriais já estava pré-estabelecida com o laboratório, sendo realizada próximo ao manuseio dos RN. Entretanto, nem sempre foi possível auxiliar o laboratório durante a coleta, devido à rotina extensa da equipe de enfermagem, gerando maior sobrecarga para a equipe. Os participantes perceberam o valor de sua atuação, reconheceram a importância da utilização das medidas não farmacológicas, tais como enrolamento, sucção não nutritiva e sacarose para o alívio da dor, facilitando o procedimento a ser realizado e reduzindo o tempo para a coleta, que vai diminuir o sofrimento do neonato.

Em relação ao papel da enfermagem foram citadas, nos cartazes, as ações que podem ser desenvolvidas, tais como: a) ações de assistência direta: a atenção, a proteção, a higiene, o acalento ao RN, a verificação do posicionamento, o agrupamento dos cuidados, a redução de estímulos; minimização do sofrimento e da dor por meio de ações não farmacológicas como a sucção não nutritiva, enrolamento, procedimento terapêutico, preservação do sono, realização do manuseio mínimo, contato pele a pele e amamentação; b) ações indiretas/ gestão: o cuidado personalizado, a supervisão das atividades, a seleção do procedimento apropriado e menos invasivo, a realização do cuidado em dupla, o monitoramento dos sinais de dor e manejos dela. Além disso, os participantes reforçam a necessidade de garantir profissionais qualificados para atender um RN com dor, o desejo de realizar mudanças da prática vigente e de atitude, a importância do conhecimento, habilidade, experiência, cuidado, humanização e amor. Estes elementos fundamentados cientificamente são essenciais para a construção coletiva do plano de cuidados, expressos nos seguintes depoimentos:

Nosso papel, acho, que é realizar o procedimento com o mínimo de sofrimento para o bebê, posicionar *ele* da melhor forma. Talvez, dar um aconchego antes de aspirar, que aí ele não ia ficar tão largado, talvez não ia sentir tanto (FRÉSIA).

Estar intervindo de forma a amenizar a dor, nesse caso fazer uma sucção não nutritiva, enrolamento para acalantar melhor o bebê [...]. E daí a supervisão em relação a esta alternativa a qual a

enfermagem sempre tem que estar presente [...] (AMOR-PERFEITO).

A dor *se* torna menos dolorida, você ameniza, você está recebendo uma assistência, uma atenção a isso, você se sente bem, você não elimina o problema, mas se sente bem (LAVANDA).

[...] Procedimento invasivo da dor do desespero, da agulhada, [...] é nosso cotidiano, a gente pode ver que a função de equipe vem a calhar nesse momento, um profissional vem ajuda o outro, um acalentando faz o procedimento, acho que funciona melhor, o conforto do bebê, nosso objetivo é esse. Não é quem termina antes (HIBISCO).

Ainda na fase de **“Caminho da problematização e teorização”**, após a teorização através do apoio literário proposto, os participantes elencaram outros temas chaves considerados importantes pelo grupo: a avaliação da dor através das reações comportamentais e a importância da escala de NIPS; a conscientização de que as sensações dolorosas são mais intensas em RNPT, devido ao controle inibitório e à modulação serem imaturos; a redescoberta da avaliação através da expressão facial em RN intubados pela escala de NIPS; a compreensão da equipe sobre como pontuar adequadamente este item; o conhecimento dos significados da pontuação da escala; a conscientização da importância da enfermagem na monitorização da dor para o seguimento eficaz da dor e tratamento.

O embasamento científico, as revisões de literatura e *guidelines* proporcionaram uma reflexão crítica e um olhar diferenciado sobre os cuidados realizados por estes profissionais. Suas ações, algumas realizadas de forma empírica e com base em conhecimentos prévios adquiridos em suas experiências foram fortalecidas por subsídios comprovadamente científicos para o alívio da dor, o que reforça a importância do papel da equipe de enfermagem no controle e alívio da dor, evidenciado pelo grupo. Percebeu-se que a avaliação pela escala de NIPS adquiriu significado importante para o grupo após a problematização sobre a avaliação.

Neste ponto, consolidou-se o momento de **“Reverendo alternativas e construindo o plano”**, no qual a equipe sugeriu mudanças para o contexto da realidade, onde os conhecimentos apreendidos geraram hipóteses para solucionar o problema da avaliação subjetiva da dor neonatal. As propostas levantadas foram: mudança da pontuação no

prontuário eletrônico, quando o RN estiver intubado, pois o sistema não permite dobrar o valor da expressão facial neste caso; mudança na forma de aprazamento das escalas para que a equipe possa checar os horários em que a dor foi identificada, prescrever e estender a avaliação da dor por meio da escala para todos os bebês internados no SARNEO; fortalecimento do uso de ações não farmacológicas e registro delas; propiciar mais capacitações para a equipe sobre a dor: avaliações e manejos e sensibilizações periódicas da equipe de enfermagem, estendendo aos demais profissionais que atuam nesta unidade.

Nesta última etapa, ao avaliar a prática educativa, a equipe apresentou o que esta atividade significou: atualização de conhecimentos, aprendizado, capacitação para qualificação da assistência ao RN com dor; possibilidade de exercer o diálogo, participar, decidir e produzir novo conhecimento; momento de reflexão e revisão de condutas e atitudes; oportunidade para a equipe transformar a sua prática e rotina, de colocar a serviço do outro os conhecimentos adquiridos, promovendo benefícios para o RN; oportunidade de propor cuidados para amenizar a dor do RN; humanização através do cuidar com amor do RN.

A finalização da prática educativa concretizou-se com a apresentação de um vídeo denominado: “Lembrete de um bebê à equipe neonatal” para sensibilizar a equipe quanto à valorização do seu trabalho na vida de um RN crítico e estimular esse olhar humanizado do cuidado. Tal vídeo fortaleceu o expresso ao longo da prática educativa e deu maior empoderamento para o grupo atuar e desenvolver seus potenciais relativos ao alívio da dor.

DISCUSSÃO

A prática educativa constituiu-se de uma importante ferramenta para coletar dados sobre as percepções diante da dor e ao mesmo tempo refletir, rever e transformar a realidade existente. A vivência da dor do RN foi percebida por meio de sensações e sentimentos positivos e negativos, quando vista em função do cuidado que havia sido prestado pela enfermagem. Ora foi vista como uma situação de abandono, descaso e desrespeito, ora de acolhimento, prevenção, atenção e respeito.

As percepções apontam que a avaliação ainda é subjetiva, mas ao longo do processo desvela a necessidade de utilizar ferramentas que possam dar maior fidedignidade, sendo uma das estratégias o uso de escalas, no caso a NIPS, aquela que foi dada maior significância pelo grupo.

Revela a preocupação da equipe com a dor e o uso de medidas não

farmacológicas para preveni-la e avaliá-la. Evidencia o papel da enfermagem/ enfermeiro e a responsabilidade destes no suporte à vida, na avaliação e manejo da dor de forma personalizada e científica, estimulando a inserção familiar na gestão do cuidado e na socialização de conhecimentos sobre este tema.

A pesquisa ratifica que a equipe de enfermagem tem um papel fundamental nesse processo, tendo em vista que passa mais tempo ao lado do paciente, prestando uma atenção direta e, na visão da autora deste trabalho, tem a sua formação voltada para uma atenção humanizada. Estudiosos do tema revelam que ela ainda não tem a real consciência da importância do seu papel na assistência ao neonato e permanece avaliando a dor do RN com base em crenças pessoais, de uma forma empírica, sem tomar conhecimento dos avanços científicos na área. Para eles, a criação de protocolos e rotinas de atendimento, bem como a adoção de instrumentos validados para a avaliação da dor em RN pode contribuir para a sistematização da assistência de enfermagem e para a melhora da qualidade da prestação de cuidados aos neonatos (CAETANO *et al.*, 2013). Tal situação também foi destacada pelos participantes do estudo.

A atuação da enfermagem/ enfermeiro é fundamental no manejo da dor neonatal, pois cabe a eles a assistência direta ao RN nas 24 horas, favorecendo a identificação, a avaliação, a notificação da dor, cabendo ao enfermeiro a prescrição de medidas não farmacológicas, a avaliação da analgesia e o programa de tratamento farmacológico diante da dor, assim como orientar a equipe sobre o processo de avaliação da dor neonatal, implementar escalas que auxiliem na identificação da dor, apoiar a equipe no cuidado de terapia não farmacológica e farmacológica para os neonatos e avaliar sua eficácia (KHOZA, TJALE, 2014).

De forma similar ao apresentado neste estudo, a avaliação é ainda feita de forma subjetiva em outros cenários e instituições. Os principais parâmetros para identificar a presença de dor nestas pesquisas foram as alterações comportamentais de choro, expressão facial e corporal; seguidas de características fisiológicas: taquicardia, taquipneia, alteração do sono. Foi constatada também a influência da experiência profissional, do conhecimento científico e questões culturais no reconhecimento do processo doloroso (ARAÚJO *et al.*, 2015; BOTTEGA *et al.*, 2014; CAPELLINI *et al.*, 2014; COSTA *et al.*, 2016; QUERIDO, 2014), semelhante ao expresso nesta prática educativa.

Estudos revelam que a dor ainda é identificada de maneira ineficaz em função da avaliação subjetiva da dor; utilização indevida da escala por dificuldade em usá-la e interpretá-la; inexistência de planos de cuidados e protocolos efetivos para o manejo da dor; registros insuficientes sobre

identificação e manejo da dor, e falta de educação permanente direcionada à equipe sobre a questão (AYMAR *et al.*, 2014; BOTTEGA *et al.*, 2014; CAPELLINI *et al.*, 2014; CARNIEL, 2013; QUERIDO, 2014).

Quanto aos manejos, a equipe enfatiza o uso de ações não farmacológicas, o que é ratificado pelo Ministério da Saúde e autores que abordam a temática. De acordo com os preceitos do MC, medidas como redução de estímulos estressantes, manuseio desnecessário, realização de cuidados contingentes, planejamento dos possíveis procedimentos dolorosos, uso de estratégias comportamentais por meio de contenção facilitada e posicionamento, são ações que diminuem o gasto energético e favorecem a organização homeostática, garantindo o alívio da dor e conforto. São medidas eficazes, fáceis e baratas de serem realizadas nas UTIN (BRASIL, 2014; BRASIL, 2014a). O enfermeiro deve encorajar sua equipe a desenvolver a assistência com o apoio de medidas não farmacológicas durante os cuidados com os RN (KHOZA, TJALE, 2014). Ficar atendo aos cuidados, evitando a mecanização e rotinização de suas ações.

A revisitar o cotidiano da prática, estimulados pelas imagens, os envolvidos refletiram, debateram e fizeram uma revisão dos cuidados prestados. Para Freire (2014a), a conscientização só pode ocorrer a partir da apreensão da realidade, facilitando a construção da consciência reflexiva e politizada daqueles que vivem no mundo e nele se relacionam, integrando a teoria e a prática para superar as dificuldades do cotidiano e inaugurar a conscientização (FREIRE, 2014; 2014a). Ninguém vive no mundo de forma neutra (FREIRE, 2014). O ser humano, enquanto ser de relações com os outros seres humanos e com o contexto em que vive e atua, é capaz de apreender a realidade e agir sobre ela. Esta apreensão e desvelamento da realidade é coletiva, implica participação que tem força e pode gerar mudanças (FREIRE, 2014a). A reflexão, ação, reflexão e a proposta de mudanças são somente possíveis a partir do envolvimento e a participação ativa dos sujeitos por meio do diálogo.

Neste estudo, a equipe de enfermagem conseguiu sugerir soluções para melhorar a sua prática, pois se abriu para o diálogo, tomou consciência de suas ações positivas ou negativas, socializou suas experiências, conhecimentos e opiniões em grupo, aprendeu e ensinou de forma concomitante e mutuamente, participando ativamente do processo. Entretanto, destaca-se a importância de uma capacitação contínua e periódica no contexto do trabalho.

A educação permanente, baseada no aprendizado significativo e na inseparabilidade do conhecimento e ação, é condição necessária para o

desenvolvimento profissional dos indivíduos, para aprimoramento e atualização, fortalecimento da competência pessoal, profissional e social. É um compromisso pessoal com o aprendizado e social para engendrar mudanças no contexto de trabalho e também de atitudes/ condutas pessoais e profissionais, por meio da relação com outro e com o meio (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

O processo de educar e cuidar são ações que se complementam, fortalecem-se e alimentam-se. Mesmo que os enfermeiros tenham tido uma formação tradicionalista, é possível educar em comunhão, na relação com outro, medianizados pelo mundo, havendo uma interação profunda entre a teoria e a prática, entre o saber e a realidade (FREIRE, 2014), abertura institucional para novos “modos de saber” e novos “modos de fazer”, rompendo padrões até então estabelecidos como “possíveis” no espaço de trabalho, ou seja, congruentes com as necessidades do atual contexto de educação e saúde (FLORES; OLIVEIRA; ZOCCHÉ, 2016). Desta forma, a formação das equipes de enfermagem é ampliada, havendo maior comprometimento e coparticipação na construção de novos caminhos para cuidar dos recém-nascidos que vivenciam a dor, repercutindo na qualidade e na segurança desta parcela da população.

A educação permanente é o alicerce para a conscientização dos profissionais de saúde, em específico da equipe de enfermagem, uma ferramenta para inovar e transformar a prática assistencial, qualificando a avaliação e o manejo da dor neonatal (BRASIL, 2014; CORDEIRO; COSTA, 2014; MONFRIM *et al.*, 2015; SOARES *et al.*, 2016).

A prática educativa em serviço tem sido uma ferramenta importante para identificar as percepções sobre a dor, para avaliar e manejar a dor, o uso de escala, facilidades e dificuldades, bem como sensibilizar a equipe para a temática (AYMAR, 2013; CORDEIRO; COSTA, 2014; MONFRIM *et al.*, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o desenvolvimento da prática educativa através da problematização, baseado no Arco de Charles Maguerez, provocou reflexões sobre o processo de cuidar a partir da realidade vivenciada pelo grupo de convergência e gerou propostas de mudanças na avaliação e manejo da dor. Essa reflexão compartilhada coletiva e dinâmica oportunizou a participação ativa dos sujeitos envolvidos; a interatividade entre os participantes; a troca de experiências; a aprendizagem significativa, esclarecendo dúvidas relativas à dor, avaliação e, sobretudo, em relação à escala de NIPS, e manejos; e a atualização de

conhecimentos. Configurou-se um espaço para lembrar boas práticas ao RN, a oportunidade de refletir sobre o trabalho mecanizado, um instrumento para sensibilização da equipe para a questão da dor do RN, um momento para olhar de forma personalizada para as necessidades de cada RN e um espaço para fortalecer a adesão à proposta de criar um plano de cuidados para alívio e conforto da dor do RN.

As sugestões propostas pelo grupo fortaleceram-se através da construção do conhecimento adquirido por meio da dialogicidade, da empatia, da troca de experiências e do processo de teorização com base fundamentos científicos. A reflexão sobre o texto remeteu constantemente à realidade vivenciada pelo grupo e processo de trabalho, ao conhecimento prévio dos envolvidos e estimulou a busca pelo seu aprendizado pessoal e profissional não descolado do aprendizado de todo o grupo.

A construção coletiva deste novo conhecimento possibilitou que a equipe sugerisse mudanças na avaliação da dor e no processo de aplicação da escala de NIPS, dando maior significado ao seu uso. Neste sentido, os participantes tornaram-se sujeitos capazes de provocar mudança em seu ambiente através da reflexão e ação, propostos por Freire (2014; 2014a).

A prática educativa apresentou algumas limitações para sua execução, dentre elas: falta de adesão total da equipe de enfermagem em função do número reduzido de recursos humanos para conduzir a assistência, havendo dificuldades para os membros da equipe de enfermagem ausentarem-se do setor pela própria dinâmica do serviço; falta de um lugar apropriado para execução da prática, mesmo que previamente agendada; retorno reduzido dos questionários de avaliação da prática educativa. Contudo, em que pese as limitações, o processo educativo, constituiu-se em um espaço de socialização de conhecimentos, de reflexão sobre a realidade, de fortalecimento das competências dos indivíduos e corresponsabilidade para exercer o cuidado e de proposta de mudanças que qualificam e asseguram o conforto e o cuidado à dor do RN. Ressaltou a relevância da equipe de enfermagem, na atenção ao RN, como porta voz do RN para expressar o que ele sente e mostrou que o processo de educar sempre é contínuo e inacabado, havendo necessidade de ser repetido.

A modalidade convergente assistencial mostrou-se coerente com a proposta uma vez que buscou soluções de problemas da prática assistencial, gerou mudanças e inovações na situação da atenção à saúde do RN.

Este trabalho atingiu seu objetivo, sensibilizando a equipe para a temática da dor, sua avaliação, encaminhamentos e condutas, fortaleceu

o papel da enfermagem e motivou alguns profissionais para a construção de um plano de cuidados para manejo da dor, proporcionando maior aderência à proposta.

Recomenda-se desenvolver trabalhos com características similares em outras instituições privadas ou públicas, incluindo outros profissionais de saúde, que venham a contribuir para subsidiar o cuidado humanizado ao RN.

Este estudo aponta estratégias para sensibilizar os profissionais e amplia os conhecimentos, podendo subsidiar outros campos de atuação e pesquisas.

REFERÊNCIAS

- ALVES, F.B.; et al. Dor neonatal: A percepção da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 4, n. 1, p. 510-515, jan./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533224011>>. Acesso em: 18 agosto 2015.
- AMARAL, J. B.; et al. Equipe de enfermagem diante da dor do recém-nascido pré-termo. **Revista escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p.241-246, abr./jun., 2014. Disponível em: <<http://www.SCIELO.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0241.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.
- ANAND, K. J. *Prevention and treatment of neonatal pain*. **UptoDate**, Waltham, MA, mar. 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/prevention-and-treatment-of-neonatal-pain>>. Acesso em: 15 mar. 2017.
- ARAÚJO, G. C.; et al. Dor em recém-nascidos: identificação, avaliação e intervenções. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 3, p. 261-270, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13695/pdf_9>. Acesso em: 25 jan. 2016.
- AYMAR, C. L. G. **O caminhar de uma equipe de terapia intensiva neonatal por uma prática reflexiva no manejo da dor**. 2013. 157f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/13374>>. Acesso em: 20 fev. 2015.
- _____.; et al. Avaliação e manejo da dor na UTI neonatal: análise de uma intervenção educativa para os profissionais de saúde. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v. 90, n. 3, p. 308-315, jun. 2014. Disponível em: <http://www.SCIELO.br/pdf/jped/v90n3/pt_0021-7557-jped-90-03-00308.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2015.
- BORDENAVE, J. E. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

BOTTEGA, F. H.; et al. Avaliação em neonatos e crianças em terapia intensiva. **Revista de pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 909-917, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/3115>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

BRASIL. Lei nº 9610 de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 20 fev. 1998. Seção 1, p. 3.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, nº 12, 13 jun. 2012. Seção 1, p. 59.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método Canguru**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

CAETANO, E. A.; et al. O recém-nascido com dor: atuação da equipe de enfermagem. **Revista escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 439-445, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127728368006>>. Acesso em: 10 out. 2016.

CAPELLINI, V. K. **Exposição, avaliação e manejo da dor aguda do recém-nascido em unidades neonatais de um hospital estadual**. 2012. 134f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de

Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-16012013-113033/>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

_____.; et al. Conhecimento e atitudes de profissionais de saúde sobre avaliação e manejo da dor neonatal. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 2, p. 361-369, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://w.fen.ufg.br/revista/v16/n2/pdf/v16n2a12.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2015.

CARNIEL, E. L. **Avaliação e tratamento da dor nas unidades de tratamento intensivo neonatais de Porto Alegre**. 2013. 68f. Dissertação (Mestrado em Pediatria e Saúde da Criança) – Faculdade de Medicina, PUCRS, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5513/1/000451397-Texto%2BCompleto-0.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2015.

CARVALHO, G. C.; CARVALHO, V.L. Manejo clínico da enfermagem no alívio da dor em neonatos. **Revista e-Scientia**, Belho Horizonte, v. 5, n. 1, p. 23-30, 2012. Disponível em: <http://revistas.unibh.br/index.php/dcbas/article/view/199/464>. Acesso em: 10 agosto de 2015.

CHRISTOFFEL, M. M. Princípios éticos de enfermagem ao cuidar da dor do recém-nascido. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 3, p. 321-326, 2009. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/195>>. Acesso em: 17 jan. 2016.

_____.; et al. Conhecimento dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor neonatal. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 3, p. 552-558, mai./jun. 2016. Disponível em: <http://www.SCIELO.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0552.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2016.

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-enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 185-192, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00185.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2015.

COSTA, P.; et al. Analgesia e sedação durante a instalação do cateter central de inserção periférica em neonatos. **Revista escola de enfermagem USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 801-807, ago. 2013.

Disponível em:

<http://www.SCIELO.br/SCIELO.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400801>. Acesso em: 02 nov. 2016.

COSTA, K. F.; et al. Manejo clínico da dor no recém-nascido: percepção de enfermeiros da unidade de terapia intensiva neonatal.

Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p. 3758-3769, jan./mar, 2016. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3950/pdf_1786>. Acesso em: 21 jul. 2016.

FLORES, G. E.; OLIVEIRA, D. L. L.; ZOCHE, D. A. A. Educação permanente no contexto hospitalar: a experiência que ressignifica o cuidado em enfermagem. **Trabalho, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 487-504, ago. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000200487&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 mar. 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 58. ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43. ed., São Paulo: Paz e Terra, 2014a.

GAÍVA, M. A. M.; et al. Procedimentos dolorosos em recém-nascidos prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 21, n. 1, p. 48-54, 2014. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-1/v21-1.htm>. Acesso em: 15 jan. 2015.

GIBBINS, S.; et al. *Perceptions of Health Professionals on Pain in Extremely Low Gestational Age Infants*. **Revista Qualitative Health Research**, Canadá, v. 25, n. 6, p. 763-774, jun. 2015. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1049732315580105>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN.

Taxonomy working group. Washington, 1994. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part_III-PainTerms.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2017.

JEONG, L. S.; et al. *Perceptions on pain management among Korean nurses in neonatal intensive care units.* **Revista Asian Nursing Research**, Coreia, v. 8, n. 4, p. 261-266, dez. 2014. Disponível em: <[http://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317\(14\)00073-5/pdf](http://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317(14)00073-5/pdf)>. Acesso em: 07 jul. 2015.

KHOZA, S. L.; TJALE, A. A. *Knowledge, attitudes and practices of neonatal staff concerning neonatal pain management.* **Revista Curationis**, África do Sul, v. 37, n. 2, p.1-9, nov. 2014. Disponível em: <http://www.SCIELO.org.za/SCIELO.php?script=sci_arttext&pid=S2223-62792014000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2016.

MARTINS, S.W.; et al. Avaliação e controle da dor por enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Dor**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 21-26, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.SCIELO.br/pdf/rdor/v14n1/v14n1a06.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2015.

MELO, G. M.; et al. Escalas de avaliação de dor em recém-nascidos: revisão integrativa. **Revista paulista de pediatria**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 395-402, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822014000400395&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jan. 2015.

MONFRIM, X. M.; et al. Escala de avaliação da dor: percepção dos enfermeiros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v.5, n. 1, p. 12-22, 2015. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/15049/pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2016.

OLIVEIRA, R. M.; et al. Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 277-283, abr./jun. 2011. Disponível em:

<http://www.SCIELO.br/SCIELO.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200009>. Acesso em: 23 nov. 2016.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, p. 478-84, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000300019&script=sci_abstract&lng=eses>. Acesso em: 16 jan. 2016.

QUERIDO, D. L. **Intervenção multifacetada no manejo não farmacológico da dor neonatal**. 2014. 175f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

ROCHA, P. K.; PRADO, M. L.; SILVA, D. M. G. V. Pesquisa convergente assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 1019-1025, nov./dez., 2012. Disponível em:

<http://www.SCIELO.br/SCIELO.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600019>. Acesso em: 19 jan. 2015.

SANTOS, M. Z.; KUSAHARA, D. M.; PEDREIRA, M. L. G. Vivências de enfermeiros intensivistas na avaliação e intervenção para alívio da dor na criança. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1074-1081, out. 2012. Disponível em:

<http://www.SCIELO.br/SCIELO.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500006&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 21 nov. 2016.

SANTOS, L. M.; RIBEIRO, I. S.; SANTANA, C. B. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, v. 65, n. 2, p. 269-275, mar-abr. 2012. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a11.pdf>>. Acesso em: 18 agosto 2015.

SARDINHA, P. L.; et al. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enfermería global**, Murcia, v. 12, n. 29, p. 324-339, jan. 2013. Disponível em:

<<http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695->

61412013000100017&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 15 jan. 2016.

SILVA, G. M.; et al. Conhecimento das enfermeiras atuantes em unidade de terapia intensiva frente a dor no recém-nascido pré-termo. **Revista Ibero-Americana de Educación e Investigación em Enfermería**, Madri, v. 7, n. 1, p. 47-55, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/150/>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

SOARES, A. C.; et al. Dor em unidade neonatal: conhecimento atitude e prática da equipe de enfermagem. **Revista Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 21, n. 2, p. 01-10, abr./jun. 2016. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/42897/28163>>. Acesso em: 21 jul.2016.

TAMEZ, R. N. **Enfermagem na UTI neonatal**: assistência ao recém-nascido de alto risco. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.G. V. **Pesquisa Convergente Assistencial**. Porto Alegre: Morá, 2014.

TURNAGE, C. S.; LABRECQUE, M.A. Controle da dor e do estresse. In: CLOHEERT, E.C.; EICHENWALD, A.R.S.; STARK, A.R. **Manual de neonatologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. p. 695-706.

WHITE, S.; STEIN, C. Históricos, definições e opiniões atuais. In: KOPF, A.; PATEL, N. B. **Guia para tratamento da dor em contextos de poucos recursos**. Seattle: Associação Internacional para estudo da dor, 2010, p. 1-4. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2015.

ZAMPIERI, M. F. M.; et al. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 19, n.4, out-dez, p. 719-27, 2010.

5.3 PRODUTO – PLANO DE CUIDADOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O MANEJO DA DOR NEONATAL

APRESENTAÇÃO

A dor é um fenômeno constantemente experimentado pelos pacientes neonatais internados em uma Unidade Neonatal (UN). Literaturas nacionais e internacionais destacam que a principal causa de internação em UN está relacionada à prematuridade e baixo peso (BHATT *et al.*, 2016; DAMIAN; WATERKEMPER; PALUDO, 2016; LIMA *et al.*, 2015; SHAH *et al.*, 2013).

O cuidado em UN é focado na estabilidade clínica do RN, obtida por meio de recursos tecnológicos por aparelhos e exames laboratoriais. Para garantir a manutenção vital, essa clientela é submetida a procedimentos de cuidados rotineiros, muitas vezes invasivos, além do manuseio para cuidados básicos de higiene, conforto e alimentação. O período de internação é prolongado, estressante e doloroso (MARCUARTÚ; MALVEIRA, 2017). Neste processo, é fundamental personalizar o cuidado, prestar muita atenção às formas de o bebê se comunicar, acolhê-lo, atender suas demandas e dar apoio e carinho ao RN e à família.

O cuidar em UN requer da enfermagem aptidão para ajudar o RN a adaptar-se ao ambiente externo, atendendo suas necessidades por meio do cuidado integral. Humanizar a assistência de enfermagem significa qualificar o cuidado, visando o bem-estar, considerar o neonato como indivíduo e minimizar a experiência traumática para a vida adulta (FIALHO *et al.*, 2016; ROSEIRO; PAULA, 2015). Neste sentido, perceber e cuidar da dor neonatal é humanizar a assistência neonatal e compromisso ético. A enfermagem traduz-se no profissional que atua diretamente no cuidado humano. Para tanto, este profissional necessita de habilidade para identificar a linguagem não verbal expressa pelo neonato e programar medidas humanizadas para alívio e conforto da dor (ARAÚJO *et al.*, 2015; BOTTEGA *et al.*, 2014; COSTA *et al.*, 2016; MENDES *et al.*, 2013).

A dor não tratada interfere na estabilidade clínica, hemodinâmica e pode gerar sequelas posteriores no Sistema Nervoso Central (SNC). O quadro de hemorragia intracraniana pode ser decorrente de manuseios excessivos, estressantes, muitas vezes provocando dor, capaz de interferir na atividade cognitiva, emocional e intelectual na criança futuramente (ANAND, 2016; BRASIL, 2014).

Apesar do reconhecimento por parte da equipe de saúde sobre a

existência da dor neonatal, esta ainda não é reconhecida como quinto sinal vital em diversas Unidades (SANTOS *et al.*, 2012; SANTOS; RIBEIRO; SANTANA, 2012), precisando esta prática ser transformada. Sua avaliação ainda é detectada por meio da percepção pessoal dos cuidadores, os quais estão sob influência de fatores como o tempo de experiência profissional, escolaridade e sensibilidade para reconhecimento da dor, fatores que interferem no manejo adequado (GIBBINS *et al.*, 2015; MARTINS; ENUMO; PAULA, 2016; SILVA *et al.*, 2015).

Outro fator limitante para o processo de avaliação e manejo adequado da dor neonatal é o conhecimento limitado sobre a temática abordada desde o ensino acadêmico e de educação permanente, além da ausência de protocolo adequado nas instituições (ALVES *et al.*, 2013; AMARAL *et al.*, 2014; CHRISTOFFEL *et al.*, 2016; MARTINS; ENUMO; PAULA, 2016). Tais fatores justificam a realização deste plano de cuidados de enfermagem.

O enfermeiro e sua equipe permanecem 24 horas ao lado do recém-nascido, o que facilita a identificação precoce de sensações dolorosas, tendo o compromisso de realizar ações para o manejo e alívio da dor. Possui o papel fundamental de orientar a equipe sobre o processo de avaliação da dor neonatal, implementar escalas que auxiliem na identificação da dor, apoiar a equipe no cuidado de terapia não farmacológica e farmacológica para os neonatos e avaliar sua eficácia (KHOZA, TJALE, 2014).

Outro papel fundamental do enfermeiro é o de facilitador da comunicação entre os demais profissionais para desenvolver estratégias de sistematização da assistência por meio do plano de cuidados que servirá de suporte para a equipe prestar assistência qualificada e humanizada (CAETANO *et al.*, 2013; CONG; DELANY; VAZQUEZ, 2013; MENDES *et al.*, 2013; PACHECO *et al.*, 2012).

Considerando que a maioria dos estudos têm foco na realização dos cuidados com base em conhecimentos próprios que são influenciados pela formação e crenças, sem haver uma uniformidade de condutas adaptáveis à realidade e à individualidade de cada RN, evidencia-se a necessidade de um plano de cuidados, direcionado a esta clientela.

Entende-se como plano de cuidados um conjunto de ações, de boas práticas embasadas cientificamente que norteiam as ações de enfermagem através de ações como: “o que fazer”, “para quem fazer”, como fazer” e “quem fazer”. É a tentativa de sistematizar, atualizar e padronizar o exercício e a prática de enfermagem, agregando o conhecimento científico atual, advindos da pesquisa e estado da arte sobre o tema, e a

troca de conhecimentos e experiências dos profissionais, considerando as necessidades e a realidade daqueles que são cuidados. Busca, organizar, qualificar e humanizar a atenção prestada ao RN (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009; COMISSÃO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM, 2014).

O plano de cuidados de terapia não farmacológica é voltado para todos os pacientes neonatais internados no Serviço de Alto Risco Neonatal (SARNEO), Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal I e II (UCINCo I e II) e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa). Sabe-se que os neonatos internados neste ambiente, independentemente de sua idade gestacional, pois a partir da 22ª semana de vida já possuem estruturas nocipitéveis para a percepção dolorosa, estão expostos a diversos níveis de estresse e dor (TURNAGE; LABRECQUE, 2015).

Devido a essa importância, o plano de cuidados inclui neonatos: **de termos** que compreendem a idade gestacional entre 37 e 41; **pós-termos** – aqueles cuja a idade gestacional é superior a 42 semanas e sete dias; e **pré-termos** – aqueles com idade gestacional inferior a 37 semanas, podendo ser classificados como **pré-termos tardios**, aqueles com idade gestacional entre 34 semanas e sete dias a 36 semanas e sete dias; (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016). Em relação ao peso, podem ser classificados como: **adequados para a idade gestacional** (percentil entre 10 e 90 para sua idade gestacional); os neonatos **pequenos para a idade gestacional** (abaixo do percentil 10 para idade gestacional); e os recém-nascidos **grandes para a idade gestacional** (acima do percentil 90 para sua idade gestacional) (BRASIL, 2013).

A construção desta proposta de cuidados teve como base as informações advindas da pesquisa do Serviço de Alto Risco Neonatal de uma Maternidade de SC, dados da revisão integrativa sobre o tema, *guidelines* e demais artigos científicos que se constituem de elementos fundamentais para a construção de um conhecimento atualizado e aprofundado para subsidiar a construção deste plano de cuidados.

O plano de cuidados foi redigido preliminarmente por esta pesquisadora e posteriormente revisto e debatido com o grupo de convergência e demais membros da equipe de saúde. Para facilitar este processo de construção coletiva foram utilizadas estratégias como prática educativa, *e-mails*, discussões individuais e coletivas como intuito de aperfeiçoar o plano de cuidados que apresenta condutas de enfermagem para alívio da dor neonatal, informando quando e como deverá ser realizado, justificando sua importância com embasamento teórico e quais

as pessoas que podem estar envolvidas no cuidado. Para facilitar a logística deste processo, foi apresentado um fluxo mostrando as etapas do processo de avaliação, conduta, reavaliação e registros, a fim de facilitar o entendimento do grupo de saúde em relação às etapas do manejo. Entende-se que a construção do conhecimento é inacabada, pois a educação permanente é contínua, mesmo que finalizado este estudo.

O plano de cuidados é constituído de quatro tópicos para prevenção e alívio da dor:

- a) **“Cuidados ambientais”** que envolveram manejos relacionados à redução de ruídos e redução de estímulos luminosos, e manejos do estímulo olfativo e gustatório;
- b) **“Cuidados no ambiente humano”** que envolveram questões de reconhecimento do recém-nascido como pessoa por meio da comunicação direta com o paciente e o envolvimento da participação dos pais durante o período de internação no SARNEO;
- c) **“Cuidados de controle fisiológicos do RN”** que se referem aos cuidados que envolveram ações para atender as necessidades fisiológicas do RN;
- d) **“Cuidados gerais para prevenção e alívio da dor do RN”** para os quais foram agrupadas orientações gerais a serem seguidas para prevenção e alívio da dor em RN, incluindo também o envolvimento dos pais no cuidado. Este item contém ainda orientações de **“Cuidados para o manuseio mínimo do RN”**. São orientações focadas para pacientes com idade gestacional menor que 30 semanas, RN asfíxiados e com diagnóstico de desconforto respiratório, hipertensão pulmonar ou pneumotórax. Nesses pacientes há um maior rigor sobre a necessidade de manipular o RN a fim de manter a estabilidade hemodinâmica, minimizando os riscos de hemorragia intracraniana.

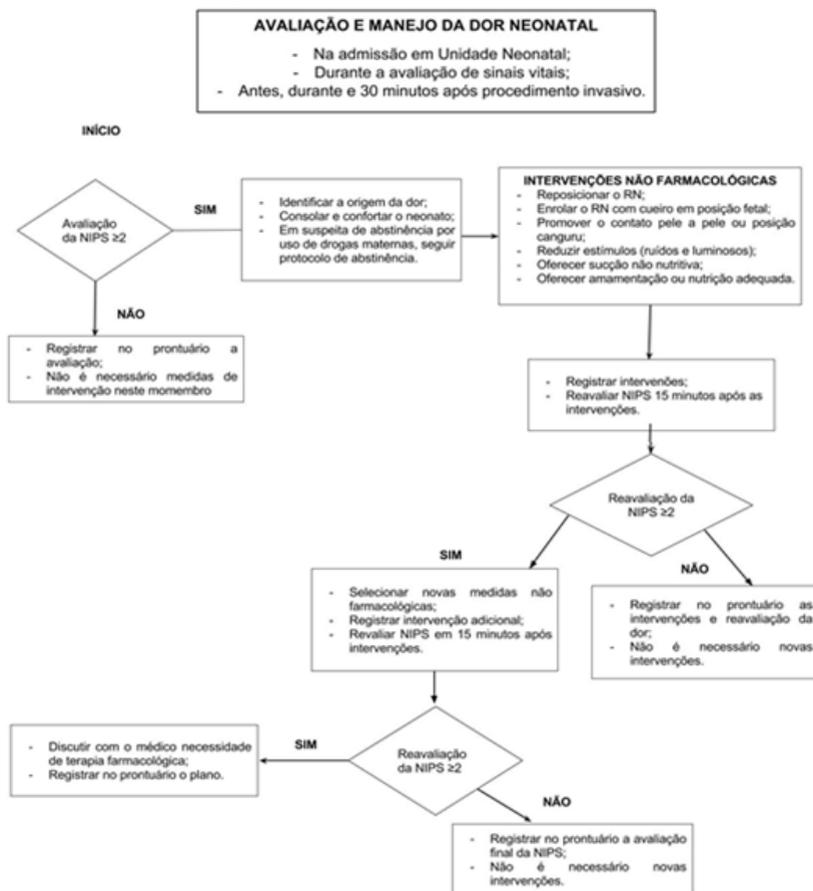
AValiação da Dor

A avaliação da dor deverá ser realizada por meio da escala de *Neonatal Infant Pain* (NIPS), Anexo C, a cada três horas, para os pacientes de UTIN, e a cada seis horas para os pacientes internados na UCINCo I e II e UCINCa, juntamente com os sinais vitais, conforme proposto por Batalha (2016), antes de iniciar o manuseio.

Caso o neonato apresente algum sinal de desconforto nestes intervalos, identificar as possíveis causas da irritabilidade, promovendo:

cuidado de higiene, conforto, alimentação e proteção, conforme as orientações descritas posteriormente quando necessário. Após intervenção, aplicar novamente a escala de NIPS após 15 minutos: se dor leve, seguir com medidas não farmacológicas adicionais; se persistir dor moderada a intensa, discutir com plantonista necessidade de terapia farmacológica (TAMEZ, 2013). A Figura 4 demonstra o fluxograma do processo de avaliação e manejo não farmacológico proposto por Gallo (2003).

Figura 4: Esquema do processo de avaliação e manejo da dor neonatal



Fonte: Traduzido e adaptado de Gallo (2003).

Ao aplicar a escala de NIPS em pacientes intubados, dobrar a pontuação do item “mímica facial” sem avaliar o item “choro” (GUINSBURG; CUENCA, 2010). A pontuação zero significa ausência de dor, pontuação entre 1 e 2 – dor fraca, entre 3 e 5 – dor moderada e entre 6 e 7 – dor intensa (GUINSBURG, 1999; VIANA; DUPAS; PEDREIRA, 2006).

Comunicar os achados ao enfermeiro e médico após registros da pontuação e condutas.

PLANO DE CUIDADOS DE TERAPIA NÃO FARMACOLÓGICA

CUIDADOS COM AMBIENTE DA UNIDADE NEONATAL

São conjuntos de ações que visam diminuir estímulos nocivos e promover a individualização do cuidado ao neonato. São ações que visam o cuidado na redução de estímulos sonoros, estímulos luminosos, cuidados olfativos e gustatórios, cuidados com o ambiente humano, e controle fisiológico do RN (BRASIL, 2014a). A partir da 20^a-22^a semanas de gestação, o feto é capaz de apresentar reações ao som, à luz e a estímulos ambientais (LAFUENTE; CASQUETE; ILLESCAS, 2011).

Redução de ruídos

Justificativa geral: os efeitos acústicos interferem na alteração da frequência cardíaca, aumento da pressão arterial, diminuição da saturação de oxigênio, apneia, principalmente em prematuros com menor idade gestacional, aumento da pressão intracraniana e possíveis efeitos neuroendócrinos e na imunidade. Alguns medicamentos são ototóxicos e podem interferir em danos cocleares. Os ruídos podem interferir no ciclo de sono dos neonatos, provocando respostas estressoras, alterações comportamentais e cognitivas (BRASIL, 2014).

No Quadro 2 são apresentadas algumas estratégias não farmacológicas relacionadas à redução de estímulos estressantes auditivos. O objetivo destes cuidados visa diminuir o gasto energético, favorecer a organização homeostática, minimizar a exaustão, diminuir os estímulos estressores e conseqüentemente a resposta à dor (BRASIL, 2014). Para Turnage e Papile (2015), quando o RNPT é clinicamente frágil não consegue distinguir a voz materna dos ruídos ambientais e podem ocorrer desvios auditivos da evolução natural.

Quadro 2: Cuidados ambientais: redução de ruídos

CONDUTA	QUANDO REALIZAR	COMO	JUSTIFICATIVA	QUEM REALIZA
Atender prontamente os alarmes silenciando-os.	Sempre que os alarmes estiverem acionados.	Silenciar os alarmes e avaliar as condições clínicas do RN e atender suas intercorrências.	O ruído interfere no ciclo de sono do neonato provocando alterações comportamentais de estresse, potencialmente dolorosas e cognitivas (BRASIL, 2014; MIYAKI, 2013; TURNAGE; LABRECQUE, 2015).	Equipe multiprofissional.
Atender prontamente o RN quando estiver chorando.	Sempre que o RN apresentar períodos de choro.	Verificar e excluir possíveis causas: fonec, higiene, posicionamento, acesso venoso, sinais de dor.	Unidade, altera a estabilidade hemodinâmica do RN. É considerado também um indicativo comportamental de estresse e dor a serem avaliados (BRASIL, 2014; TAMEZ, 2013).	Equipe de enfermagem.
Manter conversas em tons baixos.	Sempre que estiver no local de assistência.	Evitar conversas próximas à incubadora.	O ruído interfere no ciclo de sono do neonato, provocando alterações comportamentais de estresse, potencialmente dolorosas e cognitivas (BRASIL, 2014; TURNAGE; LABRECQUE, 2015).	Equipe multiprofissional.
Manter o RN na incubadora com todos os orifícios vedados.	Sempre que o RN estiver na incubadora.	Manter portinholas fechadas e manga íris vedada. Abrir a portinhola somente em manuseios necessários e durante o estímulo tátil reconfortante promovido pelos pais.	Além de favorecer o controle térmico promove barreira acústica, contribuindo para o sono profundo e evitando a potencialização da dor (TAMEZ, 2013; BRASIL, 2014).	Equipe multiprofissional.
Em RN graves colocá-los no ambiente mais silencioso quando possível.	Sempre que houver oportunidade de leito vago e estabilidade clínica do RN.	Colocá-los em leitos mais afastados da bancada de prescrição.	O ruído interfere no ciclo de sono do neonato, provocando alterações comportamentais de estresse, potencialmente dolorosas e cognitivas (BRASIL, 2014; TURNAGE; PAPIE, 2015; MIYAKI, 2013).	Equipe multiprofissional.
Em pacientes com hipertensão pulmonar persistente (HPP), promover barreira acústica através de protetor auricular (algodão auditivo).	Sempre que houver paciente instável hemodinamicamente.	Realizar tampão auricular com algodão.	O ruído desencadeia estresse e sensações potencialmente dolorosas que interferem na estabilidade hemodinâmica do RN (TAMEZ, 2013; TURNAGE; PAPIE, 2015; MIYAKI, 2013).	Equipe de enfermagem.

CONDUTA	QUANDO REALIZAR	COMO	JUSTIFICATIVA	QUEM REALIZA
Não colocar objetos sobre as incubadoras e ter cuidado ao fechar as portas.	Sempre que o RN permanecer na incubadora.	Não escrever ou bater com os dedos sobre a mesma, não colocar prontuários e equipamentos sobre a incubadora.	O barulho e o tremor propagado podem ser percebidos pelos RN; interferem no sono desencadeando sintomas de estresse e desestabilizando hemodinamicamente o paciente (LAFUENTE; CASQUETE; ILLESCAS, 2011; BRASIL, 2014; MIYAKI, 2013; BELEZA; CHAGAS, 2014).	Equipe multiprofissional, pais e visitantes.
Retirar água dos dutos do respirador.	Sempre que houver água no interior dos dutos.	Despejar a água do interior da traqueia ou do copo dentro da luva de procedimento. Após despejar a luva com o conteúdo no lixo infectante.	A água no interior do circuito provoca ruído aumentando o nível de estresse e potencializa a dor. A água condensada que acumula no copo da traqueia é fonte desencadeadora de pneumonia nosocomial, além do risco de broncoaspiração (TAMEZ, 2013; MIYAKI, 2013; BELEZA; CHAGAS, 2014).	Equipe de enfermagem e fisioterapia.
Estimular a "hora do psiu".	Após o manuseio das 08h, 14h, 20h e 02h.	Promover silêncio absoluto e manter iluminação desligada (exceto fototerapia).	O silêncio resgata a semelhança do ambiente intrauterino: silencioso, tranquilo, pouco iluminado, com pouco estímulo estressante e livre de dor (BRASIL, 2014; TURNAGE, LABRECQUE, 2015; MIYAKI, 2013; BELEZA; CHAGAS, 2014).	Equipe multiprofissional.

Fonte: Elaborado pela Autora (2016).

Hora do psiu: é o período de uma hora e meia de duração onde a UN estimula um ambiente tranquilo, com diminuição de estímulos ambientais e manipulação do RN. Esses cuidados podem promover estabilidade fisiológica, diminuir níveis de pressão arterial sistólica e média, maior período de sono profundo sem interrupção, melhora na taxa de crescimento, maturação neuro-sensorial mais consistente (BRASIL, 2014).

Redução de estímulos luminosos

Justificativa geral: a luz forte e contínua é um fator desencadeador de estresse no RN devido à ausência de defesa em relação à luz ambiente. O neonato pode desencadear reações como aumento da atividade motora, bradicardia, privação de sono e interferência na consolidação do sono em RNPT. Na idade pré-escolar podem apresentar quadro de déficits sutis de acuidade visual que interferem no aprendizado, na leitura, na soletração de palavras e demais habilidades adaptativas da idade escolar (BRASIL, 2014).

Prioriza-se o sono profundo, pois é fundamental para o desenvolvimento encefálico. É um período de menor atividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, ou seja, é o menor período de estresse para o neonato. Esta fase é a que mais se assemelha à vida intrauterina, porém é a mais afetada pelo ambiente de terapia intensiva, devido aos diversos estímulos (BRASIL, 2014). As intervenções sugeridas são apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3: Cuidados ambientais: redução de estímulos luminosos

CONDUTA	QUANDO REALIZAR	COMO	JUSTIFICATIVA	QUEM REALIZA
Manter iluminação sobre o leito desejado durante a realização do procedimento e manuseios.	Após término de procedimentos, manuseios ou ao término do atendimento de intercorrências, desligar a luz.	Acender somente a luz sobre o leito desejado.	O estímulo luminoso pode desencadear estímulos estressores capazes de interferir na estabilidade hemodinâmica do RN e interferir na propagação do sono (BRASIL, 2014; TURNAGE, PAPILE, 2015; MIYAKI, 2013; ANAND, 2017; AMARAL <i>et al.</i> , 2014).	Profissionais de saúde que atuam na UTIN (enfermeiros, técnicos e ou auxiliares de enfermagem, pediatras, residentes de enfermagem e medicina).
Manter capa sobre as incubadoras.	Sempre que terminar o manuseio.	Colocar a capa de incubadora sobre o RN de modo que a luz não incida sobre o olho do RN.	Para diminuir incidência de luz sobre o RN minimizando estímulos estressantes (BRASIL, 2014; TAMEZ, 2013; MIYAKI, 2013; BELEZA; CHAGAS, 2014).	Equipe multiprofissional.
Manter venda ocular.	Sempre que o RN estiver sob fototerapia ou diagnóstico de hipertensão pulmonar persistente (HPP).	Colocar hidrocortoide sobre a pele do RN, colocar a venda sobre a região ocular e fixá-la com fita hipoalérgica sobre o hidrocortoide.	Em pacientes sob fototerapia a luz pode prejudicar a retina ocular. E em pacientes com diagnósticos de HPP o estímulo luminoso pode desencadear estímulos estressores capazes de interferir na estabilidade hemodinâmica do RN e interferir na propagação do sono (TAMEZ, 2013; TURNAGE; LABRECQUE, 2015; MIYAKI, 2013; BELEZA; CHAGAS, 2014).	Equipe de enfermagem.

Fonte: Elaborado pela Autora (2016).

Cuidados com estímulos olfativos e gustativos

A partir de 29^a-32^a semanas o feto já possui respostas de sucção e de acordar diante de odores agradáveis e resposta de fuga a odores aversivos. O neonato a termo já possui distinção olfatória para odor de leite humano e aprendizado olfatório associativo nas primeiras 48 horas de vida. Os odores considerados agradáveis, colostro e baunilha, aumenta a oxigenação cerebral (BRASIL, 2014), enquanto os odores aversivos podem apresentar alterações no quadro respiratório, taquipneia e esforço respiratório (TAMEZ, 2013).

O estímulo gustativo está presente desde a 32^a semana, por isso, devem ser evitados estímulos intra e periorais aversivos. Não é recomendada a limpeza oral de rotina, somente quando necessário. Em situações de estimulação podem ser usadas gotas de leite humano na cavidade oral (BRASIL, 2014). O Quadro 4 apresenta os cuidados ambientais com relação ao estímulo olfativo e gustatório.

Quadro 4: Cuidados ambientais: estímulos olfativo e gustatório

CONDUTA	QUANDO REALIZAR	COMO	JUSTIFICATIVA	QUEM REALIZA
Umedecer o algodão ou gaze utilizada para assepsia com o mínimo possível da solução antisséptica e removê-los imediatamente após o uso.	Sempre que realizar procedimentos em que haja necessidade de assepsia para procedimentos invasivos.	Usar a quantidade necessária para a assepsia. Em RN acima de 30 semanas utilizar clorexidina alcoólica 0,5%. Em RN com idade inferior a 30 semanas utilizar gluconato de clorexidina aquosa 2%. Para a remoção do produto, utilizar soro fisiológico 0,9% ou água destilada.	Evitar estímulos olfativos desagradáveis para não interferir no nível de estresse podendo gerar dor e desestabilização do quadro hemodinâmico do neonato, além do risco para lesões de pele por queimaduras (TAMEZ, 2013; SANTOS, 2014; AWHONN, 2013).	Equipe multiprofissional.
Evitar o uso de perfumes e colônias com odor forte.	Sempre que entrar na Unidade Neonatal (UTIN, UCINCO I e II, UCINCA).	Orientar profissionais, pais, visitantes sobre esta prática.	Idem à descritiva anterior.	Equipe multiprofissional, pais e visitantes.
Estimulação positiva do olfato.	Após o manuseio ou procedimento doloroso.	Colocar o algodão embebido com leite materno ordenhado próximo à região olfatória. Colocar próximo ao nariz do RN uma pequena toalha que tenha sido posta em contato com a pele da mãe.	O leite materno ordenhado é considerado um estímulo agradável capaz de melhorar a oxigenação olfatória do cérebro. Uma pesquisa realizada por Goubel <i>et al.</i> (2003) concluiu que o odor familiar pode auxiliar na diminuição do choro e consequentemente diminuir a dor e o estresse neonatal.	Equipe de enfermagem.

Fonte: Elaborado pela Autora (2016).

CUIDADOS NO AMBIENTE HUMANO: ATITUDES DO PROFISSIONAL

O RN não usa a linguagem verbal para se comunicar. A enfermagem busca compreender a forma de expressão e comunicação do RNPT por meio de suas mímicas, gestos, posturas e choro com objetivo de prestar os cuidados de saúde, considerando-o e respeitando-o como sujeito, dotado de emoções, que sente dor e possui sua própria individualidade. O neonato tem necessidade carinho, reconforto, cuidados por parte de seus pais, sendo que os RNPT precisam ainda mais devido às condições de dor e estresse. A equipe de saúde deve também intervir no ambiente humano, conforme sugerido pelo MC (BRASIL, 2014) e apresentado no Quadro 5.

Quadro 5: Cuidados do ambiente humano: atitudes do profissional

CONDUTA	QUANDO REALIZAR	COMO	JUSTIFICATIVA	QUEM REALIZA
Comunicar ao RN que está começando seu expediente na UTI e que cuidará dele.	A cada troca de plantão.	Ao iniciar primeiro contato com o RN, chamá-lo pelo nome, conversando de forma gentil e apresentando-se, explicando o que irá acontecer.	Promove o cuidado individualizado e humanizado além de preparar o paciente para o procedimento, minimizando a dor (BRASIL, 2014).	Equipe multiprofissional.
Conversar com o bebê antes de iniciar e terminar um procedimento.	Sempre que for manuseá-lo.	Durante o procedimento transmitir a ele que você percebe que ele sente dor, mas que esta ação é necessária para a recuperação da saúde.	Promove o cuidado individualizado e humanizado além de preparar o paciente para o procedimento (BRASIL, 2014).	Equipe multiprofissional.
Comunicar quando outra pessoa irá ficar com ele ao término do expediente.	Sempre ao término do último manuseio.	Após o último manuseio, orientar o RN que virá outra pessoa para prosseguir com os cuidados em outro turno.	Promove o cuidado individualizado, humanizado além de preparar o RN para o procedimento (BRASIL, 2014).	Equipe de enfermagem.
Evitar realizar procedimentos perto do horário de visita dos pais e familiares.	Sempre que receber visita dos pais fora do manuseio. Exceto em casos de urgência.	Planejar o procedimento para que seja realizado próximo ao horário de manuseio, sempre que possível. Orientar os pais sobre o procedimento a ser realizado.	Para que haja interação de forma positiva e não estressante entre o RN e a família, pois a participação dos pais pode acalmar o RN após o manuseio (BRASIL, 2014).	Equipe multiprofissional.
Evitar realizar procedimentos desnecessários e promover o aconchego.	Sempre que o RN estiver internado no SARNEO.	Planejar e organizar procedimentos próximo ao horário de manuseio, sempre que possível, além de promover medidas de conforto durante o manuseio.	Aumentam o risco de gerar a dor ou estresse. Quando necessário promover estratégias não farmacológicas descritas no item (BRASIL, 2014; TAMEZ, 2013; TURNAGE; LABRECQUE, 2015).	Equipe multiprofissional.
Incentivar a participação dos pais nos cuidados, quando possível.	Sempre que estiverem presentes.	Orientar, incentivar e apoiar a participação dos pais na execução de cuidados de higiene, conforto, alimentação e segurança.	Os pais podem auxiliar a equipe de saúde na promoção de medidas não farmacológicas quando possível proporcionando segurança para ambas as partes e conforto ao seu filho (BRASIL, 2014; SILVA <i>et al.</i> , 2015).	Equipe multiprofissional e família do RN.

CONDUTA	QUANDO REALIZAR	COMO	JUSTIFICATIVA	QUEM REALIZA
Promover o toque positivo;	Sempre ao término do manuseio do RN	Oferecer o dedo para o RN possa tocar ou segurar, conforme sua possibilidade. Colocar as mãos firme e parada sobre o RN.	O toque positivo promove segurança, conforto e interação entre cuidador, pais e RN, minimizando o estresse e a dor (ANAND, 2017; BRASIL, 2014; TURNAGE, LABRACQUE, 2015; SILVA <i>et al.</i> , 2015; MIYAKI, 2013:).	Equipe multiprofissional e pais.
Promover o <i> Holding</i> ¹ e <i> Handling</i> ²	Sempre que houver necessidade.	Através do incentivo da participação dos pais e do profissional de saúde nos cuidados com o RN.	O <i> holding e handling</i> proporcionam segurança, a fim de minimizar fatores de perigo estresse e dor ao neonato considerando-o como pessoa. (BRASIL, 2014).	Equipe multiprofissional e família.

1. *Holding*: é o ato de segurar, reter, conter e sustentar, proteger de perigos físicos, considerando sua sensibilidade cutânea, auditiva, e visual, os quais são exercidos pelos pais. Porém, quando RN internados no SARNEO é comumente exercido pela equipe de saúde em conjunto com os pais em determinados momentos (ARCANGIOLI, 1995; BRASIL, 2014).

2. *Handling*: é a manipulação do cuidado ao neonato. É necessário observar a pele, o choro e as mímicas para que o manuseio não seja estressante e doloroso. É importante sempre interagir com a participação dos pais neste momento (ARCANGIOLI, 1995; BRASIL, 2014).

Fonte: Elaborado pela Autora (2016).

CUIDADOS DE CONTROLE FISIOLÓGICO NEONATAL

Justificativa geral: Em diversas pesquisas, a manifestação corporal e o choro são as medidas mais utilizadas para o reconhecimento da dor (AMARAL *et al.*, 2014; CAETANO *et al.*, 2013; ROSÁRIO *et al.*, 2014). Entretanto, Bottega *et al.* (2014) afirmam que tais parâmetros avaliados isoladamente também podem ser desencadeados por outros fatores como: frio, fome, desconforto, cólica, perda de acesso venoso. Sendo assim, é importante que o profissional de saúde identifique os sinais emitidos pelos pacientes internados para saciar suas necessidades, seguindo o cuidado individualizado preconizado pela Metodologia Canguru (BRASIL, 2014).

Os cuidados de uma rotina em UN devem considerar os aspectos individuais do neonato por meio da observação de sinais e respostas emitidas por ele. Estes são denominados cuidados contingentes, aqueles que exigem do profissional uma observação atenta para avaliar a real necessidade do procedimento, realização no momento mais adequado de forma planejada e modulado, conforme a necessidade e respostas do RN, pistas que o RN dá de que está sentindo dor. A observação comportamental, fisiológica e a gradativa participação familiar promovem a diminuição do estresse e da dor neonatal (BRASIL, 2014). Durante o procedimento também se deve seguir as recomendações anteriores e acrescentadas as próximas recomendações.

Quadro 6: Cuidados de controle fisiológicos do RN

CONDUTA	INDICAÇÃO	COMO	JUSTIFICATIVA	QUEM REALIZA
Observar presença de eliminações em fralda.	Quando o RN apresentar sinais de irritabilidade e choro.	Observar presença de eliminações vesicais ou intestinais, quanto as suas características e observar região perineal, identificando integridade cutânea. Caso existam eliminações presentes, promover cuidados de higiene.	A presença de eliminação desencadeia sinais de choro e alteração comportamental de irritabilidade. A lesão de pele, assadura, também pode provocar dor. De acordo com conceito de dor sugerido pela IASP (1994).	Equipe de enfermagem e pais quando possível.
Cuidados posturais	Sempre que o RN se apresentar desorganizado, sem apoio de mimos, rolinhos que simulam o ambiente uterino.	Promover suporte com auxílio de mimos (manter o RN amarrado), rolinhos para o posicionamento adequado do RN.	A posição lateral com flexão das extremidades na linha mediana facilita a organização comportamental e promove o relaxamento e diminuição do estresse provocado pela dor. Os RN, principalmente prematuros, necessitam de segurança que remetem ao ambiente uterino prolongado (BRASIL, 2014; TAMEZ, 2015).	Equipe de enfermagem e fisioterapia.
Oferta de alimentação.	RN aptos a receberem dieta.	Observar necessidade de sucção por meio do reflexo de busca e avaliar a possibilidade de amamentar ou oferecer dieta por outra via. Os pacientes que estiverem sob livre demanda, oferecer seio materno. Aqueles que ainda seguem horário rigoroso, oferecer sucção não nutritiva durante a administração de dieta por via de sonda se o RN apresentar sinais de prontidão para sucção.	O leite humano possui endorfinas em sua composição capaz de aliviar a dor. A amamentação, além de promover o alimento, também proporciona ao RN o contato físico, o calor humano e a sucção que também possui efeitos analgésicos (BRASIL, 2014; TURNAGE; LABRECQUE, 2015).	Equipe de enfermagem e mãe quando possível.
Cuidados com o banho	O primeiro banho deverá ser realizado após quatro horas de vida para o RN com idade gestacional superior a 36 semanas e estáveis hemodinamicamente, sem hipotermia. Para RN com idade inferior a 36 semanas até 34 semanas e estáveis hemodinamicamente, adiar banho para dia seguinte. Para RN com idade inferior a 34 semanas, após o 14º quarto dia de vida.	Respeitar o estado do comportamento. Caso esteja em sono profundo, adotar as medidas humanitárias descritas. Fazer higiene perineal. Envolver o RN com cueiro através da técnica do enrolamento (Swaddling). Realizar higiene pelo rosto. Para RN com idade superior a 34 semanas e peso acima de 1700g, seguir com banho de imersão com água morna até o pescoço, evitar correntes de ar. Retirar o enrolamento prosseguir com higiene corporal cefalocaudal. Com outro pano secar o RN, posicioná-lo novamente ao leite com cueiros, rolinhos e mimos limpos e previamente aquecidos, caso permanecer na incubadora. Se estiver em berço simples, secá-lo e colocar vestimenta. Para RN com idade inferior a 34 semanas e peso abaixo de 1700g seguir com banho de leite, realizado inicialmente higiene perineal. Envolver RN em cueiro aquecido e iniciar higiene corporal no sentido cefalocaudal e secando em seguida. Retirar cueiros e	O banho deve ser uma técnica prazerosa para o paciente, pois o ambiente aquático lembra o ambiente uterino. Promove o relaxamento, diminuição da frequência cardíaca, respiratória e axilar, aumenta níveis de saturação de oxigênio proporcionando melhora no estado comportamental do paciente (BRASIL, 2014; SANTOS, 2014; LIMA, 2014; TAMEZ, 2015).	Equipe de enfermagem, fisioterapia e pais quando possível.

CONDUTA	INDICAÇÃO	COMO	JUSTIFICATIVA	QUEM REALIZA
Promover alívio de cólica do neonato/ lactente.	RN com cólica.	compressas molhadas, reposicionar RN no confortavelmente no leito. Observar e registrar períodos de choro, horário, frequência e comportamento do paciente. Orientar a família sobre o fenômeno; observar se a pega está correta; investigar alimentação materna que favoreça os eventos, sobretudo o uso do leite de vaca; massagem abdominal; banho conforme técnica acima; colocar o RN na posição canguru ou pele a pele; arguir e baixar as pernas do RN para eliminar gases; associar com demais medidas de controle ambiental; diminuir ruídos, contenção por meio do enrolamento; promover a amamentação; estabelecer o contato pele a pele.	A orientação da equipe de enfermagem contribui para a redução do uso indiscriminado de fármacos, permitindo a participação dos pais no alívio e conforto deste fenômeno através das medidas não farmacológicas (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC; CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY, 2016; RAMOS et al, 2014; GOLDSON; REYNOLDS, 2012).	Equipe multiprofissional e pais quando possível.
Investigar demais causas da irritabilidade.	Sempre que o neonato apresentar irritabilidade, choro, agitação.	Observar sinais de infiltração ou febre de acesso venoso; drenos e cateter; verificar o posicionamento de fixação de acesso venoso, drenos e cateteres para que não estejam causando lesão ao paciente.	O extravasamento de medicações, a fixação de sondas, drenos e cateteres inadequados podem causar lesões teciduais que desencadeiam reações dolorosas ao neonato. Considerando o conceito de dor proposto pela IASP.	Equipe multiprofissional.

Fonte: Elaborado pela Autora (2016).

CUIDADOS GERAIS PARA PREVENÇÃO E ALÍVIO DA DOR NEONATAL

Nesta seção são apresentadas as recomendações não farmacológicas indicadas para prevenção e alívio da dor ao realizar o manuseio do RN internado. São recomendações adotadas para todos os pacientes internados no SARNEO.

Quadro 7: Manejos gerais para prevenção e alívio da dor do RN

CONDUTA	INDICAÇÃO	COMO	JUSTIFICATIVA	QUEM REALIZA
Respeitar o estado comportamental do RN.	Sempre que iniciar algum procedimento.	Observar o estado comportamental do RN. Se estiver em sono profundo, agitado, observar as possíveis causas da irritabilidade.	O RNPT tem dificuldade de completar o ciclo de sono, pois demora em torno de 30 minutos para alcançar o sono profundo para o adequado crescimento e desenvolvimento cerebral. O estímulo em excesso, além de desencadear dor, possibilita consequências neurológicas posteriores (BELEZA; CHAGAS, 2014; BRASIL, 2014; MIYAKI, 2013; TURNAGE; LABRECQUE, 2015).	Equipe multiprofissional e família.
Agrupar os procedimentos e executá-los de forma contínua, lenta e gentil, conforme a tolerância do RN.	Sempre que manusear o RN.	Organizar os procedimentos necessários para que sejam feitos durante o horário de manuseio, conforme a tolerância e necessidade do RN (sempre que possível).	A organização e o agrupamento de cuidados durante o manuseio possibilitam que o RN possa descansar sem interrupção após o manuseio (ANAND, 2017; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC; CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY, 2016; BRASIL, 2014; TURNAGE; LABRECQUE, 2015; TAMEZ, 2013).	Equipe multiprofissional e família.
Realizar procedimentos dolorosos em dupla.	Sempre que houver manuseio do RN.	O procedimento deverá ser executado por um profissional específico, aquele com maior experiência, enquanto o outro oferece suporte para manter o RN tranquilo. O suporte pode ser executado pela família quando possível.	O procedimento em dupla promove a estabilização fisiológica e comportamental do RN, diminuindo a sensação e o tempo de exposição menor à dor (ANAND, 2017; BRASIL, 2014; CORDEIRO; COSTA, 2014; SANTOS, 2014).	Equipe multiprofissional e família quando possível.
Organizar todo o material necessário.	Sempre que realizar algum procedimento.	Planejar o manuseio que irá realizar com todo o material necessário. Se precisar usar fita adesiva, usar o mínimo possível e ao removê-la ser cuidadoso, gentil e tranquilo.	Para minimizar o estresse do paciente durante o manuseio (BRASIL, 2014; TAMEZ, 2015).	Equipe multiprofissional.
Posicionar confortavelmente o RN.	Sempre que realizar algum procedimento no RN.	Oferecer o toque positivo através da contenção elástica e <i>sundling</i> (sempre que possível).	O posicionamento adequado promove o conforto, pois o SNC envia estímulos capazes de modular a dor, facilitando a autorregulação durante o procedimento doloroso de menor intensidade (ANAND, 2017; BELEZA; CHAGAS, 2014; BRASIL, 2014; CORDEIRO; COSTA, 2014; MIYAKI, 2013).	Equipe multiprofissional e família.

CONDUTA	INDICAÇÃO	COMO	JUSTIFICATIVA	QUEM REALIZA
Oferecer sucção não nutritiva.	Antes e após de realizar procedimento potencialmente doloroso em pacientes que não dependem de ventilação mecânica invasiva.	Calçar luva de procedimento, oferecer o dedo indicador para o RN sugar.	A sucção não nutritiva é um reflexo natural do RN e associado ao uso de saccharose, potencializa a capacidade de modular a resposta à dor (ANAND, 2017; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016; CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY, 2016; ANTUNES; NASCIMENTO, 2013; BRASIL, 2014; TURNAGE; LABRECQUE, 2015; MIYAKI, 2013).	Equipe multiprofissional e família (quando possível).
Administrar saccharose ou leite materno ordenhado (LMO).	Administrar saccharose 25% ou LMO dois minutos antes de procedimentos como: punção de calcâneo, punção venosa e artéria, PICC, sondagem gástrica e vesical, injeção intramuscular ou subcutânea, exame ocular para retinopatia da prematuridade, remoção de fitas adesivas e curativos. Em pacientes em NVO discutir com plantonista sua administração. Recomendações de volumes: 0,1 a 1ml saccharose 24%, Para pacientes intubados: 24 a 26 semanas - 0,1ml; 27 a 31 semanas - 0,25ml; 32 a 36 semanas - 0,5ml 37 a 44 semanas - 1ml; 45 a 60 semanas - 2ml. Para procedimentos com tempo maior que cinco minutos, considerar repetir a dose da solução. (ANAND, 2017; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC; CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY, 2016; TURNAGE; LABRECQUE, 2015).	Oferecer saccharose ou LMO via oral (quando possível).	A solução adocicada libera opioidóides endógenos capazes de diminuir a sensação dolorosa. Recomenda-se, quando possível, o uso associado com a contenção facilitada, a sucção não nutritiva, diminuição de outros estímulos luminosos e ruídos, potencializa seu efeito analgésico (ANAND, 2017; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC; CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY, 2016; BRASIL, 2014; CORDEIRO; COSTA, 2014; TURNAGE; LABRECQUE, 2015; SANTOS; KUSAHARA; PEDREIRA, 2012).	Equipe multiprofissional e família (quando possível).
Oferecer posição canguru.	Planejar procedimento doloroso como HGT e teste do pezinho	Questionar os pais sobre sua disponibilidade em participar do procedimento, informando a	O contato pele a pele reduz a resposta fisiológica e comportamental à dor (ANAND, 2017; AMERICAN ACADEMY OF	Equipe de enfermagem e família (quando possível).

CONDUTA	INDICAÇÃO	COMO	JUSTIFICATIVA	QUEM REALIZA
	quando o RN estiver em posição canguru (quando possível).	importância desta técnica. Estimular a participação dos pais em posição canguru com a mãe ou o pai antes, durante e após o procedimento.	PEDIATRICS; CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY, 2016; BOTTEGA <i>et al.</i> , 2014; BRASIL, 2014; CORDEIRO; COSTA, 2014; TURNAGE; LABRECQUE, 2015; SILVA <i>et al.</i> , 2015; SANTOS, 2014).	
Estimular a amamentação.	Quando o procedimento estiver prescrito e a amamentação efetiva.	Questionar a mãe previamente sobre a disponibilidade de participar do procedimento, informando a importância desta técnica. Avaliar a prontidão do RN para amamentação. Após estabelecida, realizar o procedimento e mantê-lo em sucção efetiva após procedimento.	O contato pele a pele, a sucção e o leite materno modulam a dor, reduzindo as respostas comportamentais e fisiológicas do neonato (ANAND, 2017; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC; CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY, 2016; BRASIL, 2014; TURNAGE; LABRECQUE, 2015; TAMEZ, 2013).	Equipe de enfermagem e mãe do RN.
Minimizar outros estímulos durante o procedimento.	Sempre que houver necessidade de continuar o procedimento.	Reduzir estímulos de ruídos e manuseios desnecessários.	A exposição de vários estímulos desestabiliza hemodinamicamente o RN que pode levar ao estresse durante um procedimento prolongado no RN (ANAND, 2017; BRASIL, 2014; TURNAGE; LABRECQUE, 2015; MIYAKI, 2013).	Equipe multiprofissional.
Executar procedimentos por etapa.	Sempre que houver um manuseio prolongado.	Esperar o RN recuperar o estado fisiológico e comportamental para prosseguir com os demais manuseios.	A exposição prolongada do manuseio desencadeia sinais de estresse comportamentais e fisiológicos. Quando não há prevenção, provocam resposta prolongada de dor, instabilidade hemodinâmica e possíveis consequências neurocomportamentais (ANAND, 2017; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC; CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY, 2016; BRASIL, 2014).	Equipe multiprofissional e família.
Aspirar vias aéreas só quando houver necessidade.	Somente se necessário.	Realizar ausculta pulmonar e observar sinais de obstrução de vias aéreas superiores. Antes do procedimento, oferecer medicações não farmacológicas de alívio e conforto. Realizar procedimento em dupla. Em paciente intubado, discutir com enfermeiro ou médico a necessidade de analgesia medicamentosa.	O procedimento de aspiração desencadeia estímulos dolorosos, além de lesão de mucosa e desestabilização hemodinâmica (ANAND, 2017; BRASIL, 2014; TURNAGE; LABRECQUE, 2015; CORDEIRO; COSTA, 2014).	Equipe multiprofissional.

CONDUTA	INDICAÇÃO	COMO	JUSTIFICATIVA	QUEM REALIZA
Realizar rodizio do sensor.	Sempre que o RN estiver monitorizado.	Realizar rodizio de membros a cada três horas.	Para evitar queimaduras e lesões de pele. Tal lesão pode desencadear dor, segundo conceito da IASP (BELEZA; CHAGAS, 2014; BRASIL, 2014; IASP, 1994; SANTOS, 2014; MIYAKI, 2013; TAMEZ, 2013).	Equipe multiprofissional
Trocar lençol a cada 72h. Manter lençol extra na incubadora.	Sempre que o RN estiver na incubadora.	Trocar o lençol somente se houver unidade próximo ao corpo do RN. Antes de realizar a troca do lençol, deixar o novo lençol aquecendo a incubadora.	Para evitar perda de calor através da condução, desencadeando sinais de estresse, irritabilidade e dor por excessiva manipulação e estresse do feto (BELEZA; CHAGAS, 2014; LABRECQUE, 2015; MIYAKI, 2013; TAMEZ, 2013; TURNAGE).	Equipe multiprofissional.
Uso restrito de adesivos.	Sempre que houver necessidade de realizar fixações na pele.	Utilizar hidrocolóide como segunda pele e cortar do tamanho adequado ao conforto o RN.	Evitar lesão de pele, pois sua retirada pode ser dolorosa (ANAND, 2017; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC, CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY, 2016; BRASIL, 2014; CORDEIRO; COSTA, 2014; SANTOS, 2014; TAMEZ, 2015).	Equipe multiprofissional.
Manter diafragma do estetoscópio dentro da incubadora fora do alcance dele.	Sempre que o RN estiver na incubadora.	Colocar o diafragma do estetoscópio dentro da incubadora.	Para evitar perda de calor através da condução. Os pré-termos têm dificuldade para manter a temperatura corporal devido à superfície corporal grande em relação ao peso, metabolismo limitado para produção de calor e isolamento térmico inadequado. Desta forma, é suscetível ao estresse do feto, expressos também pela irritabilidade, choro fraco, extremidades frias, intolerância alimentar, letargia e sucção débil (BELEZA; CHAGAS, 2014; TAMEZ, 2013; TURNAGE; LABRECQUE, 2015).	Equipe multiprofissional.
Manter o RNPT em membrana semipermeável quando vier do centro obstétrico.	Em todos os RNPT menores de 32 semanas de idade gestacional.	Não retirar a membrana semipermeável do RN quando vier da sala de parto até sua estabilidade térmica. Controlar por horário a temperatura axilar até que o RN atinja a temperatura corporal de 36,5°C.	O RNPT possui estrato corno imaturo e sensível à perda de água e calor. Esta medida auxilia o neonato a manter sua estabilidade térmica, prevenindo o estresse induzido pela hipotermia citado no item acima. A hipotermia também interfere no desequilíbrio ácido-básico, desconforto respiratório, enterocolite, necrosante e hemorragia	Equipe multiprofissional.

CONDUTA	INDICAÇÃO	COMO	JUSTIFICATIVA	QUEM REALIZA
Manter coberta a região da cabeça com gorro de algodão.	Todos os RN provenientes do centro obstétrico com idade inferior a 34 semanas ou peso inferior a 1500g.	Manter a região da cabeça coberta com gorro de algodão até a estabilidade térmica do RN, 36,5°C. Controlar por horário a temperatura axilar até que o RN atinja a temperatura corporal de 36,5°C.	Conforme as consequências descritas acima sobre a instabilidade térmica, reduzir o estresse do feto. A hipotermia também interfere no desequilíbrio ácido-básico, desconforto respiratório, entocolite necrosante e hemorragia intraperiventricular (ARAÚJO, <i>et al.</i> , 2012; BRASIL, 2014; SANTOS, 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016).	
Monitorar temperatura corpórea do RN entre 36,5-37 graus.	Durante internação na UN, exceto em pacientes submetidos ao protocolo de hipotermia induzida.	Se estiver em manuseio mínimo, aferir temperatura axilar no manuseio do RN e nos demais horários, seguir aferição com medidor cutâneo. Em caso de hipotermia, aferir temperatura axilar até estabilização do quadro.	A estabilidade térmica interfere nas condições hemodinâmicas do RN, propicia lesões de pele e sintomas de irritabilidade por estresse do feto. A hipotermia também interfere no desequilíbrio ácido-básico, desconforto respiratório, entocolite necrosante e hemorragia intraperiventricular (BELEZA, CHAGAS, 2014; BRASIL, 2014; TAMEZ, 2013; TURNAGE; LABRECQUE, 2015; SANTOS, 2014).	Equipe de enfermagem.
Manter incubadora em unificada gestacional inferior a 32 semanas e RN com peso inferior a 1500g.	No período de quatro semanas: 1ª semana: 80%; 2ª semana: 70%; 3ª semana: 60%; 4ª semana: 50%	Colocar o RN em incubadora do tipo Fasan Vision, ligar e ajustar a umidificação conforme a indicação ao lado.	RN abaixo de 32 semanas e menores de 1000g possuem estrato corno imaturo para manter equilíbrio da temperatura corporal e perda insensível de água com risco para a quebra da integridade cutânea, expondo ao risco de lesões (AWHONN, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016; SANTOS, 2014).	Equipe de enfermagem.
Realizar procedimento preferencialmente com a incubadora fechada.	Em todos os RN que estão em incubadora.	Ao manusear o RN, realizar procedimento pela portinhola.	Para manter estabilidade térmica, evitando hipotermia e diminuir ruídos externos (BRASIL, 2014; SANTOS, 2014).	Equipe multiprofissional.
Retirar adesivos quando não forem mais necessários reafixar dispositivos.	Em todos os RN internados na UN.	Retirar com auxílio de uma haste flexível com algodão embebido em água destilada, solução salina ou com auxílio de óleo mineral embebido na haste flexível com algodão.	Estes produtos auxiliam na sua retirada de adesivos diminuindo o risco para lesão de pele, consequentemente a dor (AWHONN, 2013; SANTOS, 2014).	Equipe de enfermagem.

CONDUTA	INDICAÇÃO	COMO	JUSTIFICATIVA	QUEM REALIZA
Prevenir lesão por áreas de pressão.	Em todos os RN internados na UN.	Realizar mudança de decúbito de três a quatro horas; Em RN sob manuseio mínimo, aliviar pontos de pressão mantendo cueiros esticados; Avaliar proeminência óssea e áreas de pressão quando houver presença de dispositivos de sondas, cateter, tubo e CPAP. Manter colchão piramidal, exceto quando estiver em berço aquecido sob fototerapia.	A úlcera por pressão ocorre por cisalhamento, principalmente em proeminência óssea, especialmente em RNPT, limitação de mobilidade, nutrição inadequada e uso de dispositivos (AWHONN, 2013; NESS; DAVIS; CAREY, 2013; SANTOS, 2014).	Equipe de enfermagem e fisioterapia.

Fonte: Elaborado pela Autora (2016).

CUIDADOS PARA O MANUSEIO MÍNIMO

O protocolo de manuseio mínimo visa diminuir o excesso de manipulação no RN para manter a estabilidade hemodinâmica, sem oscilação constante do nível de pressão arterial, oxigenação adequada, equilíbrio ácido-básico e correção de defeitos de coagulação, consequentemente a prevenção do quadro de hemorragia intracraniana. A hemorragia intracraniana ocorre em 60% nas 24 horas, 85% nas 72 horas e 95% na primeira semana (BELEZA; CHAGAS, 2014; BRASIL, 2014; MIYAKI, 2013; TURNAGE; LABRECQUE, 2015).

Quadro 8: Cuidados para o manuseio mínimo

CONDUTA	INDICAÇÃO	COMO?	JUSTIFICATIVA	QUEM REALIZA
<p>Manusear minimamente o RN nas primeiras 96 horas.</p>	<p>RNPT com idade gestacional inferior a 30 semanas; RN asfixiados; RN com diagnóstico de desconforto respiratório, hipertensão pulmonar ou pneumotórax.</p>	<p>Toque mínimo nas primeiras 96 horas.</p> <p>Após o procedimento inicial de admissão, transferir RN para incubadora previamente aquecida.</p> <p>Planejar a instalação de cateter arterial e venoso.</p> <p>Manter monitorização da pressão arterial através do cateter umbilical arterial, oximetria de pulso, e sensor de temperatura de pele através da incubadora.</p> <p>1. RNPT abaixo de 28 semanas considerar banho após o 14º dia de vida; 2. RNPT acima de 29 semanas ou RNT seguir com banho após 96 horas de vida através do banho de leito.</p> <p>* Os filhos de mães com diagnóstico de HIV, HBsAg positivo ou líquido amniótico fétido, aguardar estabilidade clínica. Envolver o RN no cuero através do enrolamento.</p> <p>Realizar a segunda pesagem após 96 horas de vida. Se RN instável, discutir necessidade do peso com o médico plantonista.</p> <p>Trocar fralda a cada oito horas nas primeiras 96 horas de vida. Após, realizar a troca de fralda no intervalo a cada quatro horas se estiver em jejum; ou no intervalo a cada três horas se estiver recebendo dieta.</p>	<p>Minimizar o estresse e, consequentemente, sensações dolorosas. Reduzir as oscilações do fluxo cerebral (TAMEZ, 2013).</p> <p>O RN deve permanecer na mesma incubadora de admissão por período de sete dias. Trocar incubadora somente quando RN estiver estável (TAMEZ, 2013).</p> <p>Evitar múltiplas punções (procedimento doloroso e estressante) para infusão de medicações e controle laboratoriais, além de garantir uma monitorização contínua de valores pressóricos (TAMEZ, 2013; NORTHERN HEALTH AND SOCIAL CARE TRUST, 2012).</p> <p>A monitorização contínua possibilita o controle de sinais vitais de forma contínua, sem a necessidade de manusear o RN, promovendo o sono profundo, diminuindo o estresse e sensações dolorosas (TAMEZ, 2013).</p> <p>O banho é considerado uma manipulação excessiva que desperta no RN diversas sensações, principalmente nos RNPT representa um estresse fisiológico, podendo atrapalhar no crescimento e desenvolvimento. A pele também produz o manto ácido responsável pela proteção contra infecções. No prematuro com idade gestacional inferior a 28 semanas, só é desenvolvido a partir oitavo dia de vida (BRASIL, 2014; TAMEZ, 2013; MYAKI, 2013).</p> <p>Para evitar estresse durante o procedimento. Ao pesar o RN, mantê-lo envolto em cuero, previamente pesado, para evitar desorganização comportamental (TAMEZ, 2013).</p> <p>Evitar manuseios desnecessários, pois desencadeia estímulos estressantes e dolorosos. Se o neonato apresentar sinais de agitação, observar presença de eliminações vesicais ou intestinais e antecipar horário do manuseio (TAMEZ, 2013).</p>	<p>Equipe de enfermagem e multiprofissional.</p>

CONDUTA	INDICAÇÃO	COMO?	JUSTIFICATIVA	QUEM REALIZA
<p>Manusear minimamente o RN nas primeiras 96 horas.</p>	<p>RNPT com idade gestacional inferior a 30 semanas; RN asfixiados; RN com diagnóstico de desconforto respiratório, hipertensão pulmonar ou pneumotórax.</p>	<p>Manter o RN em decúbito dorsal e linha média por 72 horas com apoio de rolinhos para manter flexão e adução de membros, trazendo para a linha média.</p> <p>Realizar mudança de decúbito no intervalo de três a quatro horas juntamente com a troca de fralda. Se neonato estiver hemodinamicamente estável mantendo a linha média.</p>	<p>O posicionamento de segmento cefálico do RNPT e asfixiados virado para o lado pode afetar o retorno venoso jugular e alterar a pressão intracraniana e o fluxo sanguíneo cerebral. É importante a promoção do aconchego através do suporte de ninhos e rolinhos para simular o ambiente uterino. A desorganização do neonato favorece o estresse, desconforto e dor (ANAND, 2017; BELEZA; CHAGAS, 2014; BRASIL, 2014; MIYAKI, 2013; TAMEZ, 2013).</p> <p>A mudança de decúbito evita área de pressão e ativa circulação e promove conforto para o neonato. Agrupar mudança de decúbito junto com demais manuseios de higiene e conforto (BRASIL, 2014; ANAND, 2017; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC; CANADIAN PEDIATRICS SOCIETY, 2016).</p>	<p>Equipe de enfermagem e multiprofissional.</p>

Fonte: Elaborado pela Autora (2016).

REGISTROS

A orientação sobre os registros do quadro algico, recomendadas pela Sociedade Brasileira do Estudo da Dor e Batalha (2016) são:

- a) Anotar no prontuário do paciente o horário de aplicação da escala de NIPS juntamente com o valor referido. Ao perceber sinais de dor, aplicar a escala e registrar as informações no prontuário;
- b) Anotar no prontuário do paciente as condutas realizadas e o horário em que foram realizadas;
- c) Anotar no prontuário do paciente o horário e a pontuação da reavaliação e sua efetividade.

Para cada etapa de avaliação e reavaliação é importante anotar as condutas e registrar as reações apresentadas pelo paciente, bem como a efetividade de cada intervenção realizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste plano de cuidados foi propor um conjunto de intervenções com base em uma assistência humanizada ao RN e sistematizar a assistência no processo de avaliação e manejo da dor neonatal, com base na terapia não farmacológica.

A organização no processo de avaliação e manejo da dor ressalta também a importância de fortalecer os cuidados para prevenção da dor, bem como a valorização e a eficácia cientificamente comprovadas destes cuidados exercidos pela enfermagem.

Além de auxiliar a equipe de enfermagem a organizar os cuidados de forma sistemática, propõe cuidados voltados para a assistência individualizada e humanizada aos pacientes internados no SARNEO guiados pela Assistência Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – MC.

Outro fator contribuinte desta proposta para o SARNEO é o processo otimizado de aplicação da escala de NIPS em relação aos manejos para a dor, garantindo que sejam adotadas medidas não farmacológicas de prevenção e alívio à dor. E, por meio da etapa estabelecida de avaliação-conduta-reavaliação, sejam tomadas medidas farmacológicas, quando necessárias, seguras para o paciente, garantindo o tratamento eficaz do quadro algico, sendo que tal eficácia só poderá ser garantida por meio do fortalecimento dos registros de cada etapa.

Este plano ainda passará por novas adaptações e validações pelos profissionais de saúde desta Instituição para que se adeque à realidade e

necessidades do *setting* em pesquisa.

São necessárias atualizações periódicas conforme orientações de novas evidências científicas e *guidelines*, bem como capacitações periódicas dos profissionais de enfermagem para atualizar-se e incorporar novas práticas, havendo necessidade do apoio dos gestores da Instituição.

REFERÊNCIAS

ALVES, F. B.; et al. Dor neonatal: a percepção da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 4, n. 1, p. 510-515, jan./dez. 2013.

Disponível em:

<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533224011>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

AMARAL, J.B.; et al. Equipe de enfermagem diante da dor do recém-nascido pré-termo. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p.241-246, abr./jun. 2014. Disponível em:

<<http://www.SCIELO.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0241.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC; CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY (Org.). *Prevention and management of pain in the neonatal: an update*. **American Academy of Pediatrics**, v. 137, n.2, fev. 2016.

Disponível em:

<<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2016/01/22/peds.2015-4271>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

ANAND, K. J. *Assesment of neonatal pain*. **UptoDate**, Waltham, MA, jun. 2016. Disponível em:

<<https://www.uptodate.com/contents/assessment-of-neonatal-pain>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

_____. *Prevention and treatment of neonatal pain*. **UptoDate**, Waltham, MA, mar. 2017. Disponível em:

<<https://www.uptodate.com/contents/prevention-and-treatment-of-neonatal-pain>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

ARAÚJO, B. B. M.; et al. A enfermagem e os (des) cuidados com a pele do prematuro. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 2679-2691, jul/set, 2012. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/18>

34/pdf_608. Acesso em 20 julho 2017.

ARAÚJO, G. C.; et al. Dor em recém-nascidos: identificação, avaliação e intervenções. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 3, p. 261-270, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13695/pdf_9>. Acesso em: 25 jan. 2016.

ARCANGIOLI, A. M. Introdução à obra de Winnicott. In: NASIO, J. D. **Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

ASSOCIATION OF WOMEN'S HEALTH, OBSTETRIC AND NEONATAL NURSES (AWHONN). **Neonatal skin care: evidence-based clinical practical guideline**. 3rd ed. Washington, DC: 2013.

BATALHA, L. M. C. **Avaliação da dor: manual de estudo**. Coimbra, versão 1, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.esenfc.pt>>. Acesso em: 27 nov. 2016.

BELEZA, L.; CHAGAS, A. C. C. Protocolo de manuseio mínimo. **Hospital Materno Infantil de Brasília**, Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.paulomargotto.com.br/documentos/Protocolo_Manuseio_Minimo.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2017.

BHATT, S.; et al. *An evaluation of mortality pattern in the neonatal intensive care unit of a tertiary care centre from western Uttar Pradesh*. **Scholars Journal Applied Medicam Sciences**, Nagaon, v. 4, n. 6E, p. 2224-2228, jun. 2016. Disponível em: <<http://saspublisher.com/wp-content/uploads/2016/07/SJAMS-46E-2224-2228.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

BOTTEGA, F. H.; et al. Avaliação em neonatos e crianças em terapia intensiva. **Revista de pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 909-917, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/3115>>. Acesso em: 18 janeiro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI neonatal**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método Canguru**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

CAETANO, E. A.; et al. O recém-nascido com dor: atuação da equipe de enfermagem. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 439-445, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127728368006>>. Acesso em: 10 out. 2016.

CHRISTOFFEL, M. M.; et al. Conhecimento dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 3, p. 552-558, mai./jun., 2016. Disponível em: <http://www.SCIELO.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0552.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2016.

COMISSÃO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM. Avaliação de enfermagem: anamneses e exame físico (adulto, criança e gestante). **Hospital de Clínicas**, Curitiba, 2014. Disponível em: http://www.hc.ufpr.br/arquivos/livreto_sae.pdf. Acesso em 02 abril 2017.

CONG, X.; DELANEY, C.; VAZQUEZ, V. *Neonatal nurses perceptions of pain assessment and management in nicus: a national survey*. **Advances in Neonate Care**, Philadelphia, v. 13, n. 5, p. 353-360, out. 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Xiaomei_Cong/publication/280836773_Nurse_survey_National_ANC/links/55c8b16b08aeb97567476899.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358, de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

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-enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 185-192, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00185.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2015.

COSTA, K. F.; et al. Manejo clínico da dor no recém-nascido: percepção de enfermeiros da unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 3758-3769, jan./mar. 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3950/pdf_1786>. Acesso em: 21 jul. 2016.

DAMIAN, A.; WATERKEMPER, R.; PALUDO, C. A. Perfil de neonatos internados em unidade de tratamento intensivo neonatal: estudo transversal. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 23, n. 2, p. 100-105, jul. 2016. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/308>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

FIALHO, F.A.; et al. Humanização permeando o cuidado de enfermagem neonatal. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v. 10, n.7, p. 2412-2419, jul. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11297/12960>. Acesso em: 19 fev. 2017.

GALLO, A. M. *The fifth vital sign: implementation of the Neonatal Infant Pain Scale*. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, Malden, v. 32, n. 2, p. 199-206, mar. 2003. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088421751534048X>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

GIBBINS, S.; et al. *Perceptions of health professionals on pain in extremely low gestational age infants*. **Revista Qualitative Health Research**, Canadá, v. 25, n. 6, p. 763-774, jun./ 2015. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1049732315580105>>. Acesso em: 17 novembro 2016.

GOLDSON, E.; REYNOLDS, A. Preocupações do desenvolvimento comuns. In: HAY, W.W.; et al. **Current: diagnóstico e tratamento**. 20.

ed. Porto Alegre: AMGH, 2012, p. 64-103.

GOUBET, N.; et al. *Olfactory experience mediates response to pain in preterm newborns*. **Developmental psychobiology**, Malden, v. 42, n. 2, p. 171-180, mar. 2003. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/dev.10085/abstract>>.

Acesso em: 20 mar. 2017.

GUINSBURG, R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido.

Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 75, n. 3, p.149-160, mai./jun.

1999. Disponível em:

<<http://jped.com.br/artigodetalhe.aspx?varArtigo=290>>. Acesso em: 20

mar. 2017.

_____.; CUENCA, M. C. **A linguagem da dor no recém-nascido**.

Documento Científico da Sociedade Brasileira de Pediatria, Brasília,

2010. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/doc_linguagem-da-dor-out2010.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2017.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN.

Taxonomy working group. **Washington**, 1994. Disponível em:

<<http://www.iasp->

[pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part_III-PainTerms.pdf](http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part_III-PainTerms.pdf)>. Acesso em: 16 mar. 2017.

KHOZA, S. L.; TJALE, A. A. Knowledge, attitudes and practices of neonatal staff concerning neonatal pain management. **Revista**

Curations, África do Sul, v. 37, n. 2, p.1-9, nov. 2014. Disponível em:

<http://www.SCIELO.org.za/SCIELO.php?script=sci_arttext&pid=S2223-62792014000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2016.

LAFUENTE, P. E.; CASQUETE, A.G.; ILLESCAS, M. L. M.

Valoración y manejo del doloros em neonatos. **Enfermería Integral**,

Valencia, n. 95, p. 9-12, set. 2011. Disponível em:

<http://www.enfervalencia.org/ei/95/ENF-INTEG-95.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2017.

LIMA, R.P.B. **Efeito do banho de balde nos parâmetros cardiorrespiratórios, temperatura corporal e do estado comportamental de neonatos**. 2014. 28f. Trabalho de Conclusão de

Curso (Graduação) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2014. Disponível em:

<<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/7171/1/PDF%20-%20Renata%20Priscila%20Beserra%20de%20Lima.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

LIMA, S. S.; et al. Aspectos clínicos de recém-nascidos admitidos em Unidade de Terapia Intensiva de hospital de referência da Região Norte do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, Santo André, v. 40, n. 2, p. 63-68, 2015. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/732>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

MARCUARTÚ, A. C.; MALVEIRA, S. S. Perfil de recém-nascidos prematuros de muito baixo peso internando em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 21, n. 1, p. 5-10, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/28551>>. Acesso em: 14 janeiro 2017.

MARTINS, S.W.; ENUMO, S.R.F.; PAULA, K.M.P. Manejo da dor neonatal: influência de fatores psicológicos e organizacionais. **Revista estudo de psicologia**, Campinas, v. 33, n. 4, p.633-644, dez, 2016. Disponível em: <http://www.SCIELO.br/SCIELO.php?pid=S0103-166X2016000400633&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 janeiro 2017.

MENDES, L. C.; et al. A dor no recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, n. 11, p. 6446-6454, nov. 2013. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8528/1/2013_art_ffonte nele.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2016.

MIYAKI, M. Manual da UTI Neonatal. **Departamento de Pediatria UTIN HC/UFPR**, Paraná, 2013.

NESS, M. J.; DAVIS, D. M. R.; CAREY, W. A. Neonatal skin care: a concise review. **International Journal of Dermatology**, (Online); v. 52, p. 14–22. 2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-4632.2012.05687.x/pdf> Acesso em: 12 jul. 2017.

NORTHERN HEALTH AND SOCIAL CARE TRUST. *Pain*

management in the neonate: Neonatal unit Antrim Area Hospital.
Março, 2012.

PACHECO, S. T. A.; et al. O cuidado pelo enfermeiro ao recém-nascido prematuro frente à punção venosa. **Revista enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 306-311, 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n3/v20n3a04.pdf>>. Acesso: 21 nov. 2016.

RAMOS, E. M.; et al. O uso da massagem para alívio de cólicas e gases em recém-nascidos. **Revista Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 245-250, 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13666/10453>>. Acesso em: 26 mar. 2017.

ROSÁRIO, S. S. D.; et al. Assistência de enfermagem ao recém-nascido com dor em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v. 8, supl. 1, p. 2382-2389, jul. 2014. Disponível: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/3240>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

ROSEIRO, C. P.; PAULA, K. M. P. Concepções de humanização de profissionais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Estudos de psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 32, n. 1, p. 109-119, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2015000100109&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2017.

SANTOS, L. M.; et al. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 27-33, jan./fev. 2012. Disponível: <<http://www.SCIELO.br/pdf/reben/v65n1/04.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2016.

_____.; RIBEIRO, I. S.; SANTANA, R. C. B. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 269-275, mar./abr 2012. Disponível em: <<http://www.SCIELO.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a11.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2016

SANTOS, M. Z.; KUSAHARA, D. M.; PEDREIRA, M. L. G. Vivências de enfermeiros intensivistas na avaliação e intervenção para alívio da dor na criança. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1074-1081, out. 2012. Disponível em: <http://www.SCIELO.br/SCIELO.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500006&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 21 nov. 2016.

SANTOS, S. V. **Guia para prevenção e tratamento de lesões de pele em recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal**: uma construção coletiva da equipe de enfermagem. 2014. 293f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, SC, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/123319>>. Acesso em: 10 julho 2017.

SHAH, G. S.; et al. *Clinical profile and outcome of neonates admitted to neonatal intensive care unit (NICU) at a tertiary care centre in eastern Nepal*. **Journal of Nepal Paediatric Society**, Catmandu, v. 33, n.3, p. 177-181, set./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.nepjol.info/index.php/JNPS/article/view/8447>>. Acesso: 14 jan. 2017.

SILVA, G. M.; et al. Conhecimento das enfermeiras atuantes em unidade de terapia intensiva frente a dor no recém-nascido pré-termo. **Revista Ibero-Americana de Educación e Investigación em Enfermagem**, Madri, v. 7, n. 1, p. 47-55, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/150/>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Reanimação do prematuro < 34 semanas em sala de parto: diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/reanimacao/wp-content/uploads/2016/01/DiretrizesSBPREanimacaoPrematuroMenor34semanas26jan2016.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2017.

TAMEZ, R.N. **Enfermagem na UTI neonatal**: assistência ao recém-nascido de alto risco. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

TURNAGE, C. S.; LABRECQUE, M. A. Controle da dor e do estresse. In: CLOHEERT, E. C.; EICHENWALD, A. R. S.; STARK, A. R.

Manual de neonatologia. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. p. 695-706.

_____.; PAPILE, L. A. Apoio ao desenvolvimento. In: CLOHEERT, E. C.; EICHENWALD, A. R. S.; STARK, A. R. **Manual de neonatologia.** 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

VIANA, D. L.; DUPAS, G.; PEDREIRA, M. L. G. A avaliação da dor da criança pelas enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva. **Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 252-261, 2006.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho atingiu o objetivo final que é a construção de um plano de cuidados para a dor apresentada pelo RN, embasado na literatura e na ótica da equipe de enfermagem.

A realização da revisão integrativa foi fundamental para conhecer a realidade de diversos *settings* de pesquisas nacionais e internacionais, sobre o processo de avaliação e manejo da dor neonatal. A partir deste conhecimento aprofundado, foi possível identificar as facilidades e as dificuldades no processo de avaliação e manejo da dor neonatal. Percebeu-se que a revisão integrativa evidenciou que a dor interferiu no quadro clínico do paciente que responde de forma fisiológica e comportamental. Percebe-se que em diversas realidades nacionais e internacionais, os profissionais de saúde, em destaque a equipe de enfermagem, possuem dificuldades no processo de avaliação e identificação da dor neonatal, relacionando ambiente estressante da UTI, situação institucional com sobrecarga dos profissionais, crenças e valores daqueles que cuidam do RN, mas principalmente pela incapacidade do RN verbalizar suas necessidades, desconhecimento sobre a fisiologia da dor, sua avaliação e alguns cuidados.

A revisão integrativa apresentou aspectos importantes sobre o papel da equipe de enfermagem, a necessidade da implementação de ferramentas para instrumentalizar os profissionais de saúde para avaliar de forma efetiva a dor, sistematizar os cuidados e a importância do uso de escalas e de terapia não farmacológica. Evidenciou a necessidade de educação permanente e mudanças na formação formal, reforçando a importância de considerar a dor, rever a forma de usar as escalas e até criar escalas de acordo com a realidade das unidades neonatais. Para tanto, considera-se importante conhecer as crenças e os conhecimentos da equipe, adaptar as escalas ao contexto e à singularidade de cada RN. Igualmente, é necessário sensibilizar a equipe sobre a importância de uso de escalas para ter parâmetros semelhantes de avaliação, discutir com a equipe os fatores educacionais e culturais que impedem os profissionais de utilizar a escala, valorizar seus conhecimentos e fundamentá-los com as evidências científicas, além de construir de forma conjunta um plano de cuidados ou protocolos para avaliar a dor.

A dificuldade no processo de reconhecimento da dor neonatal levou diversos profissionais a reconhecerem a dor de forma subjetiva, o que não é diferente da realidade onde o presente estudo ocorreu. Esses profissionais de variados locais identificaram a dor com base nos parâmetros fisiológicos e comportamentais. Evidenciou-se a fragilidade

de registros destas ocorrências. Tais registros, em poucos *settings* de pesquisa evidenciaram o uso de ferramentas apropriadas para avaliação da dor neonatal. Desta forma, o processo de avaliação da dor em Unidades Neonatais ainda é fragilizado, o que compromete o manejo para a prevenção e alívio dessas dores e, conseqüentemente, problemas futuros no desenvolvimento físico e mental desta parcela da sociedade.

Esses achados foram fundamentais para a pesquisadora deste estudo instrumentalizar o método para atingir os objetivos propostos, na escolha do *setting*, na escolha dos participantes para cada momento desta pesquisa, o desenvolvimento dos instrumentos de observação, entrevistas e registros.

A observação participante facilitou a compreensão das dificuldades e facilidades de avaliar e exercer o manejo da dor neonatal, bem como compreender a dinâmica de cuidados assistenciais da unidade investigada, local para que a construção do plano cuidados “Estratégias não farmacológicas para o manejo da dor neonatal”, fosse compatível com a realidade da equipe e singularidade de cada recém-nascido.

As entrevistas subsidiaram a pesquisadora a entender de forma mais aprofundada a realidade e o contexto do estudo; entender quais as significações que a dor representa para este grupo; compreender de forma individual as limitações e facilidades na avaliação e manejo, assim como ouvir propostas para melhorar a assistência no manejo da dor.

Essas propostas subsidiaram novas estratégias para a construção coletiva do plano de cuidados por meio da prática educativa, conforme recomendado pelos autores encontrados na revisão integrativa. A prática educativa foi uma ferramenta eficaz no processo de coleta de dados e na sensibilização da equipe de enfermagem, pois oportunizou a equipe a refletir sobre seu papel no manejo da dor, fortalecendo a importância do emprego das medidas não farmacológicas, já conhecidas pelo grupo de convergência, porém não sistematizados, além de beneficiar a equipe de enfermagem para compreender a importância da ferramenta *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS).

Por meio desta prática educativa, também foi possível coletar informações que subsidiassem a construção do plano de cuidados. O processo de reflexão e a proposta de construção coletiva foram efetivos, pois estão fundamentados em pressupostos de Freire (2014; 2014a) e no Arco de Charlez Maguerez, referencial teórico-metodológico que promoveu ação-reflexão e ação dos profissionais de enfermagem e participação ativa no processo.

Percebe-se que neste processo de coleta de dados os envolvidos mantiveram-se ativos e participativos em diversos momentos da pesquisa.

A fase de observação permitiu identificar os fenômenos envolvidos no processo de avaliar e agir diante da dor neonatal, a fim de facilitar posteriormente o debate sobre a questão. A fase das entrevistas propiciou conhecer as necessidades dos participantes, as fragilidades e as potencialidades na atenção à dor do RN, sobretudo na prática educativa, oportunizando a problematização sobre a temática, com a obtenção de resultados de reflexão-ação-reflexão e construir propostas para transformação no processo de cuidar da dor em neonatos.

O estudo reforça a importância de práticas educativas progressistas como: espaço de socialização de conhecimentos, de interação, de respeito e diálogo, que possibilitem a reflexão compartilhada sobre a realidade, a aprendizagem significativa, a possibilidade de transformar as práticas cotidianas e incorporar novos pensamentos e ações, num processo de reflexão, ação, reflexão.

Após as entrevistas, percebeu-se que esses profissionais já ficaram mais atentos no preenchimento da escala e pontuação da escala de NIPS, estimulados a estudar sobre o tema e compartilharam de maneira informal sobre o tema com demais membros da equipe. Percebeu-se que de acordo com Freire (2014, 2014a), a equipe de enfermagem é composta por seres humanos que prestam a assistência ao RN, trocam experiências, relacionam-se entre si e são curiosos por novos saberes. Neste sentido, esta pesquisadora pôde estimular a curiosidade nas entrevistas e desenvolver, por meio da prática educativa, o momento de reflexão-ação.

Perceberam-se no cotidiano do cuidado pequenas mudanças nas condutas destes profissionais que qualificam a atenção ao RN. A mudança de atitude e a mobilização dos membros da equipe foram fundamentais para resolver os problemas desta prática assistencial, o que denota que a Pesquisa Convergente Assistencial se adequou aos objetivos e condução do estudo. O *setting* de pesquisa foi o próprio ambiente de trabalho da pesquisadora que, durante toda a pesquisa, buscou encontrar soluções dos problemas levantados em sua prática e propor mudanças por meio da inovação da assistência no cuidar.

O estudo gerou reflexão sobre os diferentes papéis de enfermagem no cuidado à dor: o cuidado personalizado, a necessidade de supervisão das atividades, a importância da seleção do procedimento apropriado e menos invasivo, a redução de estímulos, o monitoramento dos sinais de dor e manejos dela, a atenção, a proteção, a higiene, o acalento ao recém-nascido, a verificação do posicionamento, o agrupamento dos cuidados, a minimização do sofrimento e da dor por meio de ações não farmacológicas: sucção não nutritiva, enrolamento, procedimento terapêutico, preservação do sono e realização do manuseio mínimo.

Assim, fortalece e valoriza o profissional de enfermagem, sua participação ativa na equipe de saúde e na construção de novos conhecimentos, bem como sua responsabilidade neste processo, na avaliação e desenvolvimento de ações não farmacológicas, na sistematização da assistência e na garantia dos direitos do RN. Além disso, reforça a necessidade de garantir que os profissionais tenham acesso à qualificação para poder atender de modo efetivo, eficaz e seguro um RN com dor, o desejo de realizar mudanças da prática vigente e de atitude, a importância do conhecimento, habilidade, experiência, cuidado, humanização e amor.

Durante a etapa de construção do plano de cuidados a pesquisadora apresentou fatores limitantes na elaboração do estudo e na validação do plano de cuidado de forma coletiva. Uma das dificuldades que a pesquisadora enfrentou foi conciliar o desenvolvimento do estudo com as atividades assistenciais direta ao paciente, ajudar na cobertura de escalas, férias e licença para tratamento de saúde, além de assumir o papel de gestora da equipe de enfermagem deste local, sendo necessária a readaptação do turno de trabalho. Esta situação dificultou conciliar com o papel de pesquisadora e de enfermeira assistencial e impossibilitou o deslocamento até Florianópolis, havendo a necessidade de rever estratégias para a discussão dos resultados com o orientador.

Outro fator que limitou o processo de construção coletiva foi a sobrecarga da equipe de enfermagem no *setting* da pesquisa. Esses profissionais estavam constantemente voltados para a assistência ao paciente, conduta fundamental para atenção aos RN, sendo necessário remarcar os dias dos encontros, com a realização de encontros informais e pessoais para validação do plano, principalmente nos itens de manuseio mínimo, o que impediu uma avaliação coletiva. Portanto, esta proposta “Estratégias não farmacológicas para o manejo da dor neonatal” será apresentada novamente para todos os membros da equipe de enfermagem do Serviço e Alto Risco Neonatal e também de saúde, para novos ajustes e contribuições, dando continuidade ao processo educativo e permanente que sempre está em mudança.

Apesar das dificuldades encontradas durante a pesquisa, este estudo contribuiu para uma reflexão crítica a cerca desta realidade e contribuiu para a sistematização da avaliação e do manejo da dor neonatal, com base na terapia não farmacológica. Sugere-se que a atenção à dor seja um indicador da qualidade de atenção prestada ao RN.

Este estudo estimulou a equipe de enfermagem a refletir sobre suas ações no que se refere à avaliação e manejo da dor, identificar fragilidades neste processo, ampliando seus conhecimentos sobre o tema, bem como

estimular diálogos com a comunidade científica, criando espaços coletivos para pensar, sentir e fazer na Enfermagem, qualificando e humanizando o cuidado por estes profissionais.

Esta pesquisa também contribuiu para aperfeiçoar a avaliação e os manejos da dor pela equipe de enfermagem; fortalecer o planejamento e consecução das ações de enfermagem, por meio da construção do plano de cuidados para a avaliação e o manejo da dor neonatal. Além disso, chama a atenção para importância de fortalecer o registro no prontuário das avaliações e manejos de enfermagem para alívio da dor, aumentando a segurança no cuidado ao RN, garantindo a proteção legal dos trabalhadores de enfermagem e dando maior visibilidade à profissão.

Os resultados alcançados ampliam a produção sobre a temática, servem de subsídios para o cuidado ao RN com dor neste *setting* e outras Unidades Neonatais similares, podendo contribuir para humanizar e qualificar a assistência, estimulando também a realização de novos estudos.

REFERÊNCIAS

- ALVES, F. B.; et al. Dor neonatal: a percepção da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 4, n. 1, p. 510-515, jan./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533224011>>. Acesso em: 18 ago. 2015.
- AMARAL, J. B.; et al. Equipe de enfermagem diante da dor do recém-nascido pré-termo. **Revista escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 241-246, abr./jun., 2014. Disponível em: <<http://www.SCIELO.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0241.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC; CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY (Org.). *Prevention and management of pain in the neonatal: an update*. **American Academy of Pediatrics**, v. 137, n. 2, fev. 2016. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2016/01/22/peds.2015-4271>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- ANAND, K. J. *Assesment of neonatal pain*. **UptoDate**, Waltham, MA, jun. 2016. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/assessment-of-neonatal-pain>>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- _____. *Prevention and treatment of neonatal pain*. **UptoDate**, Waltham, MA, mar. 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/prevention-and-treatment-of-neonatal-pain>>. Acesso em: 15 mar. 2017.
- AUSTRALIAN AND ZEALAND COLLEGE OF ANAESTHETISTS AND FACULTY OF PAIN MEDICINE. *Acute pain management: scientific evidence*. 4. ed. Australian and New Zealand College of Anaesthetists, 2015. Disponível em: <http://fpm.anzca.edu.au/documents/apmse4_2015_final>. Acesso em: 15 jan. 2017.
- AYMAR, C. L. G.; et al. Avaliação e manejo da dor na UTI neonatal: análise de uma intervenção educativa para os profissionais de saúde.

Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 90, n. 3, p. 308-315, jun. 2014. Disponível em: <http://www.SCIELO.br/pdf/jped/v90n3/pt_0021-7557-jped-90-03-00308.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2015.

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia dos estudantes. **Semina**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/10326/10999>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BHATT, S.; et al. *An evaluation of mortality pattern in the neonatal intensive care unit of a tertiary care centre from western Uttar Pradesh*. **Scholars Journal Applied Medicam Sciences**, Nagaon, v. 4, n. 6E, p. 2224-2228, jun. 2016. Disponível em: <<http://saspublisher.com/wp-content/uploads/2016/07/SJAMS-46E-2224-2228.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

BONUTTI, D. P. **Dimensionamento dos procedimentos dolorosos e intervenções para alívio da dor aguda em prematuros**. 2014. 100f. Dissertação (mestrado) — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, SP, 2014. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde.../DEISEPETEANBONUTTI.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

BORDENAVE, J. E. D; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

BOTTEGA, F. H.; et al. Avaliação em neonatos e crianças em terapia intensiva. **Revista de pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 909-917, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/3115>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

BRASIL. Lei nº 9610 de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 20 fev. 1998. Seção 1, p. 3.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília:

Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, nº 12, 13 jun. 2012. Seção 1, p. 59.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método Canguru**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (DataSUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

<http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Conj_Informacoes.asp?VCo_Unidade=420910243647>. Acesso em: 14 jun. 2015.

BRUMMELTE, S.; et al. *Procedural pain and brain development in premature newborns*. **Annals of neurology**, Malden, v. 71, n. 3, p. 385-396, mar. 2012. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ana.22267/epdf>>. Acesso: 10 jun. 2016.

CAETANO, E. A.; et al. O recém-nascido com dor: atuação da equipe de enfermagem. **Revista escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 439-445, jul./set. 2013. Disponível em:

<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127728368006>>. Acesso em: 10 out. 2016.

CAPELLINI, V. K. **Exposição, avaliação e manejo da dor aguda do recém-nascido em unidades neonatais de um hospital estadual**.

2012. 134f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-16012013->

113033/>. Acesso em: 25 jan. 2015.

CAPELLINI, V. K.; et al. Conhecimento e atitudes de profissionais de saúde sobre avaliação e manejo da dor neonatal. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 2, p. 361-369, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://w.fen.ufg.br/revista/v16/n2/pdf/v16n2a12.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2015.

CARNIEL, E. L. **Avaliação e tratamento da dor nas unidades de tratamento intensivo neonatais de Porto Alegre**. 2013. 68f. Dissertação (Mestrado em Pediatria e Saúde da Criança) – Faculdade de Medicina, PUCRS, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5513/1/000451397-Texto%2BCompleto-0.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2015.

CHRISTOFFEL, M. M. Tecnologias do cuidado de enfermagem neonatal: a dor e o estresse do recém-nascido durante procedimentos dolorosos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, 5., 2009, Terezina. Disponível em: <<http://abenfopi.com.br/vicobeon/MREDONDAS/mc.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2016.

_____.; et al. Princípios éticos de enfermagem ao cuidar da dor do recém-nascido. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 3, p. 321-326, 2009. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/195>>. Acesso em: 17 jan. 2016.

COMISSÃO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM. Avaliação de enfermagem: anamneses e exame físico (adulto, criança e gestante). Hospital de Clínicas, Curitiba, 2014. Disponível em: http://www.hc.ufpr.br/arquivos/livreto_sae.pdf. Acesso em 02 abril 2017.

_____. Resolução nº 429, de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, nº 110, 08 jun. 2012. Seção 1, p.110.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358, de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de

Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

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-enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 185-192, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00185.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2015.

CRUZ, C.T.; et al. Avaliação da dor de recém-nascidos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 9, n. 7, p. 8504-8511, jul. 2015. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/7651>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

DAMIAN, A.; WATERKEMPER, R.; PALUDO, C. A. Perfil de neonatos internados em unidade de tratamento intensivo neonatal: estudo transversal. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 23, n. 2, p. 100-105, jul. 2016. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/308>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: _____. (Org.). **Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-42.

FONTES, K. B.; JAQUES, A. E. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 6, supl. 2, p. 481-487, 2007. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/issue/view/291>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

FORTUNATO, J. G. S.; et al. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 110-117, jul./set. 2013. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=426#citar>. Acesso em: 10 jan. 2015.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 58. ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43. ed., São Paulo: Paz e Terra, 2014a.

GADÊLHA, V. S. **A dor no recém-nascido sob ótica dos enfermeiros**. 2013, 85f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Ceilândia, 2013. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/6123/1/2013_VanessadaSilvaGadella.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2014

GAÍVA, M. A. M.; et al. Procedimentos dolorosos em recém-nascidos prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 21, n. 1, p. 48-54, 2014. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-1/v21-1.htm>. Acesso em: 15 jan. 2015.

GANONG, L. H. *Integrative reviews of nursing research*. **Research in nursing and health**, Columbia, v. 10, n. 1, p. 1-11, fev. 1987. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.4770100103/abstract#ooter-article-info>>. Acesso em: 13 dez. 2016.

GUINSBURG, R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v. 75, n. 3, p. 149-160, mai./jun. 1999. Disponível em: <<http://jped.com.br/artigodetalhe.aspx?varArtigo=290>>. Acesso em: 17 jul. 2015.

_____.; CUENCA, M. C. **A linguagem da dor no recém-nascido**. Documento Científico da Sociedade Brasileira de Pediatria, Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/doc_linguagem-da-dor-out2010.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2017.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. *Taxonomy working group*. **Washington**, 1994. Disponível em:

<http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part_III-PainTerms.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2017.

LÉLIS, A. L. P. A.; et al. Cuidado humanístico e a percepções de enfermagem diante da dor do recém-nascido. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 694-700, out./dez. 2011. Disponível em:

<http://www.SCIELO.br/SCIELO.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400006>. Acesso em: 23 nov. 2016.

LIMA, S. S.; et al. Aspectos clínicos de recém-nascidos admitidos em Unidade de Terapia Intensiva de hospital de referência da Região Norte do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, Santo André, v. 40, n. 2, p. 63-68, 2015. Disponível em:

<<https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/732>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

MANZINI, E. J. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. **Revista Percorso – NEMO**, Maringá, v. 4, n. 2, p. 149-171, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/Percorso/article/viewFile/18577/10219>>. Acesso em: 19 jan. 2015.

MARCUARTÚ, A. C.; MALVEIRA, S. S. Perfil de recém-nascidos prematuros de muito baixo peso internando em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 21, n. 1, p. 5-10, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/28551>>. Acesso em: 14 janeiro 2017.

MARTINS, S. W.; et al. Avaliação e controle da dor por enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Dor**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 21-26, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.SCIELO.br/pdf/rdor/v14n1/v14n1a06.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2015.

_____; ENUMO, S.R.F.; PAULA, K.M.P. Manejo da dor neonatal: influência de fatores psicológicos e organizacionais. **Revista estudo de psicologia**, Campinas, v. 33, n. 4, p.633-644, dez, 2016. Disponível em: <<http://www.SCIELO.br/SCIELO.php?pid=S0103->

166X2016000400633&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 janeiro 2017.

MELO, E. C.; et al. A tecnologia da enfermagem e o cuidado ao nascido prematuro: uma reflexão teórica. *Revista de enfermagem UFPE, Recife*, v. 7, n. 7, p. 4782-8, jul. 2013. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4487/pdf_2959. Acesso em: 20 mai. 2017.

MELO, G. M.; et al. Escalas de avaliação de dor em recém-nascidos: revisão integrativa. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 395-402, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822014000400395&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jan. 2015.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <<http://www.SCIELO.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONFRIM, X. M.; et al. Escala de avaliação da dor: percepção dos enfermeiros em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 1, p. 12-22, abr. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15049>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

MORAIS, G. S. **Intervenções não farmacológicas para o alívio da dor em prematuros**: uma revisão integrativa. 2013. 59f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Ceilândia, Ceilândia, 2013. Disponível em: <[http://bdm.unb.br/bitstream/10483/6972/1/2013_GeovanaDaSilvaMora is.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/6972/1/2013_GeovanaDaSilvaMora%20is.pdf)>. Acesso em: 12 jul. 2015.

MOTTA, G. C. P. **Adaptação transcultural e validação clínica da Neonatal Infant Pain Scale para o uso no Brasil**. 2013. 86f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

Disponível

em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/70763/000878532.pdf?sequence=1&locale=pt_BR>. Acesso em: 16 jan. 2015.

_____.; CUNHA, M. L. C. Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 131-135, fev. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100131>. Acesso em: 14 jan. 2016.

MÜLLER, E. B. **Cuidados ao recém-nascido no centro obstétrico: uma proposta de enfermeiras com base nas boas práticas**. 2012. 209f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/setores/enfermagem/wp-content/uploads/sites/10/2014/10/2012-ELISETE-BESEN-M%C3%9CCLLER.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2017.

_____.; ZAMPIERI, M. F. M. Divergências em relação aos cuidados com o recém-nascido no centro obstétrico. **Escola Anna Nery: Revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2., p. 247-265, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0247.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

NICOLAU, C. M.; et al. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro: parâmetros fisiológicos versus comportamentais. **Arquivos brasileiros de ciências da saúde**, Santo André, v. 33, n. 3, p. 146-150, dez. 2008. Disponível em: <<http://portalnepas.org.br/abcs/article/view/149>>. Acesso em: 16 jan. 2015.

OLIVEIRA, I. C. S. O advento da incubadora e os cuidados de enfermagem aos prematuros na primeira metade do século XX. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 459-466, jul./set. 2004. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/a17v13n03.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2016.

PAIM, L.; et al. Pesquisa convergente-assistencial e sua aplicação em cenário da enfermagem. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 3, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/12990/8775>>. Acesso em: 22 ago. 2015.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, p. 478-84, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000300019&script=sci_abstract&tlng=eses>. Acesso em: 16 jan. 2016.

PEREIRA, F. L.; et al. A manipulação de prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 6, p. 1272-8, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01272.pdf>. Acesso em: 14 novembro 2016.

PINHEIRO, I. O.; et al. Avaliação da dor do recém-nascido através da escala Codificação da Atividade Facial Neonatal durante o exame de gasometria arterial. **Revista Dor**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 176-180, set. 2015. Disponível em: <http://www.SCIELO.br/SCIELO.php?pid=S1806-00132015000300176&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 17 jul. 2016.

QUERIDO, D. L. **Intervenção multifacetada no manejo não farmacológico da dor neonatal**. 2014. 175f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

REIS, A.T.; et al. A escuta atenta: reflexões para a enfermagem no uso do método história de vida. **REME: revista mineira de enfermagem**. Belo Horizonte, v. 16, n. 4, p. 617-622, out./-dez, 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/569>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

ROCHA, M.C.P.; et al. Avaliação da dor por enfermeiros em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista ciência cuidado e saúde**, Maringá, v. 12, n. 4, p. 624-632, out-dez. 2013. Disponível em:

http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20011/pdf_56. Acesso em: 02 nov. 2016.

ROCHA, P.K.; PRADO, M.L.; SILVA, D.M.G.V. Pesquisa convergente assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 1019-1025, nov-dez., 2012. Disponível em: <http://www.SCIELO.br/SCIELO.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600019>. Acesso em: 19 janeiro 2015.

SACA, C. S.; et al. A dor como 5º sinal vital: atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). **Journal of the Health Sciences Institute**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 35-41, jan./mar., 2010. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/01_jan-mar/V28_n1_2010_p35-41.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2015.

SANTOS, L. M.; et al. Sinais sugestivos de dor durante a punção venosa periférica em prematuros. **Revista de enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 1, p. 1-9, jan./abr. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/3510/3121>>. Acesso em: 23 nov.2016.

_____; RIBEIRO, I. S.; SANTANA, R. C. B. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 269-275, mar./abr. 2012. Disponível em: <<http://www.SCIELO.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a11.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2016.

SARDINHA, P. L.; et al. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enfermería global**, Murcia, v. 12, n. 29, p. 324-339, jan. 2013. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000100017&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 jan. 2016.

SHAH, G. S.; et al. *Clinical profile and outcome of neonates admitted to neonatal intensive care unit (NICU) at a tertiary care centre in eastern Nepal*. **Journal of Nepal Paediatric Society**, Catmandu, v. 33, n.3, p. 177-181, set./dez. 2013. Disponível em:

<<http://www.nepjol.info/index.php/JNPS/article/view/8447>>. Acesso: 14 jan. 2017.

SILVA, Y. P.; et al. Avaliação da dor em neoantologia. **Revista brasileira de anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 5. p. 565-574. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rba/v57n5/12.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

SILVA, A. L.; ARRUDA, E. N. Referencial com base em diferentes paradigmas: problema ou solução para a prática de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**; Florianópolis, v. 2, n. 1, p.82-92, jan./jun. 2005.

SILVA, T. P.; SILVA, L. J. D. A. Escala de avaliação da dor utilizadas no recém-nascido: revisão sistemática. **Acta medica portuguesa**, Lisboa, v. 23, n. 3, p. 437-454, mai./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/635/319>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Reanimação do prematuro < 34 semanas em sala de parto: diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: <http://wws.sbp.com.br/reanimacao/wp-content/uploads/2016/01/DiretrizesSBPReanimacaoPrematuroMenor34semanas26jan2016.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2017.

STRECK, R. D.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (Org.). Dicionário Paulo Freire. 2. ed. ver e ampl. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

SUDÁRIO, A. A.; DIAS, I. M. A. V.; SANGLARD, L. R. O enfermeiro no manejo da dor neonatal. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 3, p. 301-309, set./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5180/4907>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

TAMEZ, R.N. **Enfermagem na UTI neonatal**: assistência ao recém-nascido de alto risco. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

TASSINARY, R. F.; HAHN, G. V. Intervenções de enfermagem para o alívio da dor em recém-nascidos. **Revista Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 219-226, jun. 2013. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5414>

>. Acesso em: 03 ago. 2016.

TAVARES, L. A. M. **Uma declaração universal de direitos para o bebê prematuro**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2008/2009. Disponível em:

<http://www.aleitamento.com/upload%5Carquivos%5Carquivo1_2044.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2015.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. G. V. **Pesquisa convergente assistencial**. Porto Alegre: Morá, 2014.

TURNAGE, C. S.; LABRECQUE, M. A. Controle da dor e do estresse. In: CLOHEERT, E. C.; EICHENWALD, A. R. S.; STARK, A. R. **Manual de neonatologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. p. 695-706.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Boornto soon: the global action report on preterm birth**. WHO, Genève, 2012. Disponível em: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf. Acesso em: 02 mai. 2017.

ANEXOS

ANEXO A– Protocolo para revisão integrativa da literatura

REVISÃO INTEGRATIVA 2011-2016: AVALIAÇÃO E MANEJO DA DOR NEONATAL PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

I RECURSOS HUMANOS: pesquisador (1), orientadora (2) e bibliotecária (3).

II PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES

- Elaboração do protocolo: 1, 2 e 3;
- Avaliação do protocolo: 2 e 3;
- Coleta de dados: 1 e 2;
- Seleção dos estudos: 1 e 2
- Ordenamento dos estudos títulos e ano de publicação: 1 e 2;
- Avaliação crítica dos estudos: 1 e 2;
- Síntese dos dados: 1 e 2;
- Análise dos dados, elaboração de resultados: 1 e 2;
- Revisão final a partir de sugestões da orientadora: 1;
- Elaboração de artigo e encaminhamento para revista: 1 e 2.

Os números condizem com as funções apresentadas no item anterior.

III VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO

M. Gorete M. Savi (3)
CRB 14/201 - Bibliotecária
Coordenadora da BSCCS/UFSC

IV PERGUNTA

Quais as produções científicas na área de enfermagem sobre a avaliação e manejo da dor do RN em nível nacional?

V OBJETIVO

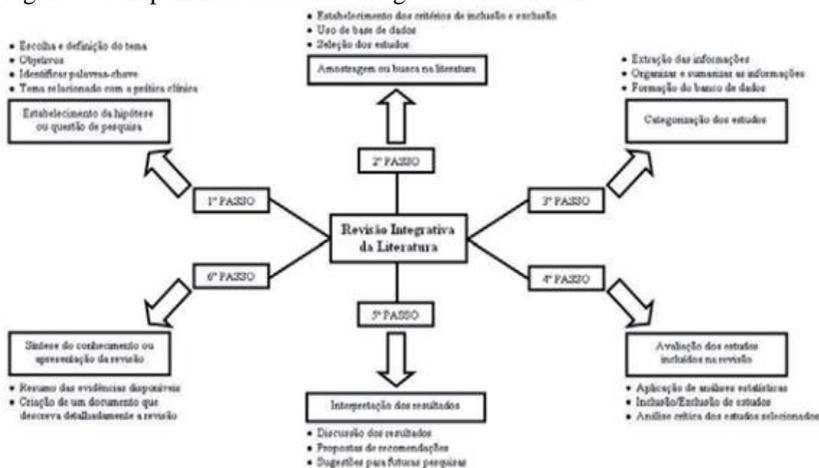
Conhecer a produção científica de enfermagem em nível nacional sobre avaliação e manejo da dor em UN no período de 2011 a 2016.

VI DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma Revisão Integrativa, com abordagem qualitativa. Etapas conduzidas de acordo com o proposto por Mendes, Silveira e Galvão (2008):

- **Primeira etapa:** identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa;
- **Segunda etapa:** estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura;
- **Terceira etapa:** definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos;
- **Quarta etapa:** avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa;
- **Quinta etapa:** interpretação dos resultados;
- **Sexta etapa:** apresentação da revisão/ síntese do conhecimento em forma de artigo científico.

Figura 5: Componentes da revisão integrativa da literatura



Fonte: Mendes, Silveira e Galvão (2008, p. 761).

VII CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Estudos com os descritores ou palavras-chave listados neste protocolo, no resumo ou no título e publicados em português, inglês ou espanhol disponíveis *online* na forma completa, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2016, realizados pela enfermagem.

VIII CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Artigos sem referência ao tema, editoriais, artigos de opinião, comentários, resumos de anais, ensaios, manuais e *guidelines*, dossiês e relatos de experiência, teses e dissertações, revisões anteriores ao período estipulado.

IX ESTRATÉGIAS DE BUSCA (Pesquisa avançada)

Estratégias de buscas realizadas com base nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) listados abaixo:

- **Descritores em português:** dor, unidades de terapia intensiva, recém-nascido, neonatal, enfermagem, enfermeira.
- **Descritores em inglês:** *pain, intensive care, newborn, neonate, nursing, nurse.*
- **Descritores em espanhol:** *dolor, unidad de cuidados intensivos, recién nacido, neonatal, enfermaria, enfermeira.*

BASES DE DADOS

BDENF: Base de Dados de Enfermagem;

LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde;

SCIELO: *Scientif Eletronic Library Online.*

X COLETA DOS DADOS

Fase de operacionalização propriamente dita, na qual é realizada a pesquisa nas bases de dados em busca das publicações, relatando-se o período da coleta.

XI CAPTAÇÃO DOS TRABALHOS

Após a busca dos artigos nas bases de dados supracitadas, realização de leitura do título e do resumo, os trabalhos que atendem aos objetivos propostos pelo estudo são colocados em uma tabela construída a partir do *Microsoft Excel* e organizados de acordo com o item XIII deste protocolo.

XII AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS

Realização de uma nova leitura crítica das publicações, incluindo uma nova coluna na tabela e relacionando o reconhecimento da prática dolorosa em RN, reconhecimento dos sintomas dolorosos pela enfermagem, formas de avaliação e utilização da escala (dificuldades e

facilidades), intervenções farmacológicas, intervenções não farmacológicas, existência de protocolo e sistematização do cuidado de enfermagem para dor neonatal.

XIII INFORMAÇÕES A SER EM EXTRAÍDAS DAS PRODUÇÕES

- Ano de produção;
- Título;
- Autor (es);
- Periódico;
- Temática dos artigos;
- Objetivos;
- Base de dados de localização dos autores;
- Natureza/Tipo da pesquisa;
- Instrumentos de coleta;
- População;
- Cenário do estudo;
- Método de análise dos dados;
- Principais resultados do estudo (artigo-síntese).

XIV SÍNTESE E CONCLUSÃO

Tendo em vista esta tratar-se de uma Revisão de Integrativa de Literatura com abordagem qualitativa, a síntese foi realizada na forma de narrativas com base na análise e checagem dos dados coletados, agrupando os temas similares, dando origem às categorias descritas e analisadas.

XV DIVULGAÇÃO

Publicação dos achados deste estudo, na forma de manuscritos em periódicos após apreciação pela banca de sustentação.

ANEXO B – Escalas unidimensionais

Quadro 9: Distribuição dos instrumentos segundo a classificação unidimensional e os tipos de dor. Fortaleza, CE.

Dor aguda	Dor prolongada	Dor aguda e prolongada
ABC Pain Scale ¹	<i>Children's and Infant's Postoperative Pain Scale (CHIPPS)</i> ²	Neonatal Facial Coding System (NFCS) ¹
	<i>Distress Scale for Ventilated Newborn Infants (DSVNI)</i> ¹	
<i>Neonatal Pain Analyzer – ABC analyzer</i> ³	<i>Liverpool Infant Distress Score (LIDS)</i> ⁴	<i>Faces Legs Activity Cry Consolability Pain Scale (FLACC)</i> ²
<i>Douleur Aigue du Nouveau-Né (DAN)</i> ¹	<i>Nursing Assessment of Pain Intensity (NAPI)</i> ³	
<i>Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né (EDIN)</i> ¹	<i>Riley Infant Pain Scale (RIPS)</i> ²	<i>Visual Analog Scale (VAS)</i> ²
<i>Behavioral Indicators of Infant Pain (BIIP)</i> ⁴		

Fonte: Melo *et al.* (2014).

¹Escalas exclusivas para RN termo e recém-nascidos pré-termos (RNPT).

² Escalas comuns para RN termo, RNPT e crianças.

³ Escalas exclusivas para RN termo.

⁴ Escalas exclusivas para RNPT.

ANEXO C – Escalas multidimensionais

Quadro 10: Distribuição dos instrumentos, segundo a classificação multidimensional e os tipos de dor. Fortaleza, CE.

INTRUMENTOS MULTIDIMENSIONAIS		
Dor aguda	Dor prolongada	Dor aguda e prolongada
<i>Pain Assessment in Neonates (PAIN)</i> ⁵	<i>Crying, requires, oxygen, increased vital signs, expressions and sleepless (CRIES)</i> ⁶	<i>COMFORT Adapted</i> ⁷
<i>Infant Body Coding System (IBCS)</i> ⁶	<i>Neonatal-Pain, Agitation and Sedation Scale (N-PASS)</i> ⁶	<i>COMFORT Scale</i> ⁶
<i>Bernese Pain – Scale for Neonates (BPSN)</i> ⁵		
<i>Scale for use in Newborns (SUN)</i> ⁵	<i>Multidimensional Assessment Pain Scale (MAPS)</i> ⁷	<i>COMFORT behaviour Scale (COMFORT– B)</i> ⁷
<i>Hartwig</i> ⁷		
<i>Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)</i> ⁶		
<i>Pain Assessment Scale for Preterm Infants (PASPI)</i> ⁵	<i>Pain Assessment Tool (PAT)</i> ⁶	<i>Premature Infant Pain Profile (PIPP)</i> ⁶
<i>Nepean Neonatal Intensive Care Unit Pain Assessment Tool (NNICUPAT)</i> ⁶		

Fonte: Melo *et al.* (2014).

⁵Escalas exclusivas para RNPT

⁶Escalas exclusivas para RN termo e RNPT

⁷Escalas comuns para RN termo, RNPT e crianças

ANEXO D – Principais escalas de dor

Quadro 11: Sistema de codificação da atividade facial neonatal (SCAFN ou NFCS)

Movimento Facial	0 pontos	1 ponto
Fronte saliente	Ausente	Presente
Fenda palpebral estreitada	Ausente	Presente
Sulco nasolabial aprofundado	Ausente	Presente
Boca aberta	Ausente	Presente
Boca estirada (horizontal ou vertical)	Ausente	Presente
Língua tensa	Ausente	Presente
Protrusão da língua	Ausente	Presente
Tremor de queixo	Ausente	Presente

Fonte: Guinsburg (1999).

Escore máximo: oito pontos. Considera-se a presença de dor quando três ou mais movimentos faciais aparecem de maneira consistente, durante a avaliação da presença de dor.

Quadro 12: Perfil de dor do prematuro (PIPP)

PIPP	Indicadores	0	1	2	3
	IG (sem)	≥ 36	32-356/7	28-316/7	<28
Observar RN 15 seg. Anotar FC/Sat. O₂ basais	Estado de alerta	Ativo Acordado Olho aberto Movimentos faciais +	Quieto Acordado Olho aberto Sem mímica facial	Ativo Dormindo Olho fechado Movimentos faciais +	Quieto Dormindo Olho fechado Sem mímica facial
Observar RN 30 seg.	FC Máxima	0-4 bpm	5-14 bpm	15-24 bpm	≥ 25 bpm
	Sat. O₂	0-2,4%	2,5-4,9 %	5,0 – 7,4 %	≥ 7,5%
	Testa franzida	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo

PIPP	Indicadores	0	1	2	3
	IG (sem)	≥ 36	32-356/7	28-316/7	<28
	Olhos espremidos	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo
	Sulco nasolabial	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo

Fonte: Guinsburg (1999).

Com a alteração comportamental pesquisada, define-se como ausente de 0 a 9% do tempo de observação, mínimo de 10 a 39% do tempo, moderado de 40 a 69% do tempo e máximo como mais de 70% do tempo de observação com a alteração de facial em questão. Neste quadro, a pontuação varia de zero a 21. Escores menores ou iguais a seis indicam ausência de dor ou dor mínima, enquanto escores superiores a 12 indicam a presença de dor moderada a intensa.

Quadro 13: Escala de avaliação pós-operatória do recém-nascido (CRIES)

Avaliar	0 pontos	1 ponto	2 pontos
Choro	Ausente	Alta tonalidade	Inconsolável
SpO ₂ >95%	0,21	0,21 a 0,30	>0,30
FC ⁸ e/ou PA ⁹ (comparar com o pré-operatório)	Sem aumento	Aumento de até 20%	≥ 20%
Expressão facial	Relaxada	Careta esporádica	Contraída
Sono	Normal	Intervalos curtos	Ausente

Fonte: Silva *et al.* (2007).

Se a pontuação for maior ou igual a cinco deve ser administrada medicação para alívio da dor. A escala deve ser a cada duas horas nas primeiras 24 horas após o procedimento doloroso e depois a cada quatro horas por pelo menos 48 horas.

⁸ FC – Frequência Cardíaca

⁹ PA – Pressão Arterial

Quadro 14: Echelle Douleur Inconfort Nouveau-NÉ (EDIN)

EDIN	Pontuação – definição
Atividade Facial	0 –relaxada
	1 -testa ou lábios franzidos, alteração de boca transitória
	2 -caretas frequentes
	3 -mímica de choro ou totalmente sem mímica
Movimento corporal	0 –relaxado
	1 -agitação transitória, geralmente quieto
	2 -agitação frequente, mas dá para acalmar
	3 -agitação persistente, hipertonia mmii/ss ¹⁰ ou parados
Qualidade do sono	0 -dorme fácil
	1 -dorme com dificuldade
	2 -sonecas curtas e agitadas
	3 -não dorme
Contato com enfermagem	0 -atento à voz
	1 -tensão durante a internação
EDIN	Pontuação – definição
Contato com enfermagem	2 -chora à mínima manipulação
	3 -não há contato, geme à manipulação
Consolabilidade	0 -quieto e relaxado
	1 -acalma rápido com voz, carinho ou sucção
	2 -acalma com dificuldade
	3 -não acalma, suga desesperadamente

Define-se dor quando pontuação é ≥ 7

Fonte: Guinsburg e Cuenca (2010).

¹⁰mmii/ss – membros inferiores/ superiores

Quadro 15: *Children's and infant's postoperative pain scale (CHIPPS)* – escala de dor pós-operatória em crianças e recém-nascidos

Parâmetros/ Pontuação	0	1	2
Choro	Nenhum	Gemido	Grito
Expressão facial	Relaxada/sorrindo	Boca retorcida	Careta (olhos e boca)
Postura do tronco	Neutra	Variável	Arqueado para trás
Postura das pernas	Neutra, solta	Chutando	Pernas tensionadas
Inquietação motora	Nenhuma	Moderada	Inquieta

Fonte: Carniel (2013).

A pontuação máxima é 10. Considera-se dor quando a pontuação ≥ 4 .

Quadro 16: Escala de avaliação da dor (NIPS)

NIPS	0 pontos	1 ponto	2 pontos
Expressão facial	Relaxado	Contraído	-
Choro	Ausente	“Resmungando”	Vigoroso
Respiração	Relaxado	Diferente do basal	-
Braços	Relaxado	Fletidos/estendidos	-
Pernas	Relaxadas	Fletidas/estendidas	-
Estado de consciência	Dormindo/calmo	Desconfortável	-

Fonte: Guinsburg (1999).

Neste quadro, a pontuação varia de zero a sete, definindo-se dor para valores maiores e iguais a quatro pontos.

ANEXO E – Parecer consubstanciado



HOSPITAL REGIONAL HANS
DIETER SCHMIDT/SES/SC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DOR NEONATAL: AVALIAÇÃO E CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Pesquisador: Maria de Fátima Mota Zampieri

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49930315.6.0000.5363

Instituição Proponente: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.310.291

Apresentação do Projeto:

Acreditava-se que os recém-nascidos RNs tinham o sistema nervoso central imaturo, pouco mielinizado, não tendo a capacidade de memorizar experiências dolorosas (CAETANO et al, 2013). O Ministério da Saúde aponta que a negligência a dor pode gerar efeitos deletérios na estabilidade hemodinâmica, comportamental e alterações no desenvolvimento do sistema nervoso. Os efeitos fisiológicos alteram diversos sistemas: cardiovasculares e respiratórios provocando taquicardia, taquipnéia, hipertensão arterial e intracraniana e Insaturação. No sistema metabólico e endócrino há liberação do hormônio estimulador da corticotrofina (CRH) que atinge o hipocampo, área responsável pelo aprendizado e memória, além do aumento dos níveis de cortisol, catecolaminas, glucagon e diminuição de insulina. A dor também afeta o sistema imunológico favorecendo as infecções e interferindo na coagulação e hemostasia do neonato (BRASIL, 2013). Os estímulos dolorosos também comprometem o desenvolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC), principalmente em recém-nascido prematuro (RNPT) devido a sua imaturidade. Diversos estudos evidenciaram a importância do reconhecimento e tratamento da dor neonatal, porém essa ainda é subtratada em muitas unidades neonatais. Os principais motivos são: pouco conhecimento dos efeitos da dor, dificuldade na avaliação, por respostas diminuídas ou ausentes em algumas situações, desconhecimento na sua forma de tratamento, dor como evento secundário, sobrecarga de trabalho para observar o comportamento do neonato, e ainda a crença da cultura ocidental em

Endereço: Rua Xavier ARP, S/N

Bairro: Box Veste

CEP: 89.227-680

UF: SC

Município: JOINVILLE

Telefone: (47)3461-5560

Fax: (47)3461-5533

E-mail: cep@hds@gmail.com



HOSPITAL REGIONAL HANS
DIETER SCHMIDT/SES/SC



Continuação do Projeto: 1.310.291

valorizar quem suporta a dor e o sofrimento (CAPELLINI, 2012). A resposta comportamental mais evidente durante o processo doloroso é o choro. Em recém-nascido prematuro (RNPT) essas respostas comportamentais são menos evidentes e altamente variáveis, pois 50% dos RNPT não choram frente ao estímulo doloroso. Os RNs podem apresentar movimentos ativos de retirada do membro, aumento dos movimentos corporais ou hipotonia e hipotividade, diminuição no período de sono (principalmente no sono leve), rápidas transições de estado e irritabilidade ou a total ausência de resposta motora. Essa ausência está relacionada ao período prolongado de exposição a dor, provavelmente pela depleção de reservas. Entretanto, a falta de resposta motora não significa a ausência de dor, pois esta pode ser avaliada pelas alterações fisiológicas (BRASIL, 2013). Mediante os problemas que a dor acarreta nos RNPTs e a dificuldade de reconhecer o processo doloroso, é importante que a enfermagem fique atenta aos sinais de dor, avalie sua intensidade e atue com plano de cuidados necessários para minimizá-la ou tratá-la. A introdução da avaliação da dor como 5º sinal vital, não garantiu a efetividade no tratamento, pois os RNs foram submetidos a procedimentos dolorosos ou potencialmente dolorosos sem qualquer tipo de analgesia, além do uso incorreto da escala. De acordo com os estudos descritos percebemos claramente a necessidade de um programa de educação continuada para fortalecer e conscientizar sobre a importância da avaliação da dor neonatal e adesão adequada dos protocolos de manejos da dor nos RNs.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer como se dá a avaliação e manejos da dor pelos enfermeiros contribuirá para a construção de um plano de cuidados, e consequentemente para qualificação do cuidado prestado ao Recém-nascido. Identificar como a equipe de enfermagem avalia a dor dos RNs e as condutas adotadas após a avaliação; desenvolver prática educativa para a construção coletiva de um plano de cuidados para o manejo da dor.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A participação na pesquisa não acarretará nenhum risco físico aos participantes, podendo, contudo, mobilizá-los emocionalmente por tratar de um tema do cotidiano do trabalho e da prática diária que estes vivenciam. Caso ocorra algum desconforto psicológico ou constrangimento, os pesquisadores se colocam a disposição para uma escuta atenta e para acolher os participantes até que se sintam confortáveis para continuar com a entrevista e outras etapas da pesquisa, se desejarem.

Endereço: Rua Xavier ARP, 5/N

Bairro: Boa Vista

CEP: 89.227-690

UF: SC

Município: JOINVILLE

Telefone: (47)3461-5560

Fax: (47)3461-5533

E-mail: cepvhds@gmail.com



HOSPITAL REGIONAL HANS
DIETER SCHMIDT/SES/SC



Continuação do Parecer: 1.310.291

O estudo poderá contribuir para melhoria da assistência humanizada ao RN e reconhecimento das ações do enfermeiro no planejamento do cuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Serão selecionados 10 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem de cada plantão diurno e noturno e 10 enfermeiras para participar da coleta de dados, contudo este número pode aumentar ou diminuir em função da saturação dos dados. Os critérios de Inclusão para participação deste estudo serão: a concordância do sujeito envolvido em participar do estudo e atuar no mínimo há seis meses no setor, tempo hábil para adaptação do sujeito com as rotinas do setor e ter participado do momento de sensibilização.

A entrevista será realizada individualmente com cada profissional de enfermagem. Serão realizadas perguntas abertas, para que o entrevistado exponha sua opinião, participando ativamente da pesquisa. O tempo de duração da entrevista dependerá das respostas dos entrevistados, sendo que a pesquisadora estará disponível para realizá-la independente do tempo que irá demorar, ouvindo de forma empática e atenta.

As entrevistas serão gravadas mediante autorização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e serão transcritas pela própria pesquisadora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados TCLE e carta de aceite da Maternidade de acordo com a legislação

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_526977.pdf	07/10/2015 23:56:06		Aceito
Outros	declaracaodeexequibilidadec.pdf	07/10/2015 23:33:49	Maria de Fatima Mota Zamperli	Aceito

Endereço: Rua Xavier ARP, S/N
 Bairro: Boa Vista CEP: 89.227-880
 UF: SC Município: JOINVILLE
 Telefone: (47)3481-5560 Fax: (47)3481-5533 E-mail: cepvhds@gmail.com



HOSPITAL REGIONAL HANS
DIETER SCHMIDT/SES/SC



Continuação do Parecer: 1.310.291

Outros	cartaaoelatemidade.pdf	07/10/2015 23:32:32	Maria de Fatma Mota Zampleri	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostocomitev.pdf	07/10/2015 23:12:28	Maria de Fatma Mota Zampleri	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	22/09/2015 01:02:29	Maria de Fatma Mota Zampleri	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/09/2015 01:00:14	Maria de Fatma Mota Zampleri	Aceito
Outros	APENDICEAeBroteirodaentrevistaobse ryacao.pdf	22/09/2015 00:58:29	Maria de Fatma Mota Zampleri	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAValido.pdf	22/09/2015 00:40:04	Maria de Fatma Mota Zampleri	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Trabalho6desetembrocomiteedeetica.pdf	22/09/2015 00:36:57	Maria de Fatma Mota Zampleri	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOINVILLE, 05 de Novembro de 2015

Assinado por:
Marcos Scheldemantel
(Coordenador)

Endereço: Rua Xavier ARP, S/N
Bairro: Boa Vista CEP: 89.227-880
UF: SC Município: JOINVILLE
Telefone: (47)3481-5560 Fax: (47)3481-5533 E-mail: cep@hds@gmail.com

ANEXO F – Autorização para pesquisa



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
MATERNIDADE DARCY VARGAS
DEPARTAMENTO DE ENSINO, PESQUISA E TREINAMENTO

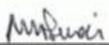
DEPT
Departamento de Ensino,
Pesquisa e Treinamento

MDV
Maternidade Darcy Vargas

AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Autorizamos as pesquisadoras Maria de Fátima Mota Zampieri e Gabriela da Silva a coletar dados na Maternidade Darcy Vargas referente à pesquisa intitulada "Dor Neonatal: Avaliação e Cuidados de Enfermagem".

Joinville (SC), 12 de novembro de 2015.


Dra. Mona Adalgisa Simões
Membro do Núcleo Gerencial do
Departamento de Ensino, Pesquisa e
Treinamento da Maternidade Darcy Vargas

Redação: DEPT/MDV

Rua Miguel Couto, nº 44 – Anita Garibaldi – Joinville / SC - 89.202-190

Telefones: (47) 3461-5766/3461-5813

e-mail: deptmdv@saude.sc.gov.br

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de observação no campo de pesquisa

Usa a escala? Sim () Não ()

Como usa?

Usa critérios comportamentais? Sim () Não ()

Você se preocupa com a dor: Sim () Não ()

Cuidados que realiza, farmacológicos e não farmacológicos:

Condutas diante da dor

Registro da dor no prontuário: Sim () Não ()

A que profissional do SARNEO a presença de dor é comunicada?

Houve registro de comunicação sobre a dor? Sim () Não ()

Há relato do manejo da dor na passagem de plantão? Sim () Não ()

Houve discussão com os responsáveis pelo cuidado sobre a dor? Sim ()
Não ()

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO
CUIDADO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA -
BRASIL**

Tel. (48) 3721.9480 - 37219399 Fax (48) 37219787

E-mail: nfr@ccs.ufsc.br

Homepage: www.nfr.ufsc.br

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO
PROFISSIONAL**

É com satisfação que convido você para participar como VOLUNTÁRIO da pesquisa intitulada **DOR NEONATAL: avaliação e cuidados de enfermagem**, que será realizada pela pesquisadora Gabriela da Silva sob orientação da Profª Drª. Maria de Fátima Zampieri para conclusão do Curso de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado pela UFSC. A pesquisa terá os seguintes objetivos: Construir coletivamente com a equipe de enfermagem um plano de cuidados para a avaliação e manejo da dor na Unidade Neonatal; Realizar uma revisão integrativa para identificar a avaliação e manejo da dor neonatal pela equipe de enfermagem nas UTIN; identificar como a equipe de enfermagem avalia a dor dos RN; conhecer quais são as condutas de enfermagem para o alívio da dor, sensibilizar a equipe de enfermagem para a avaliação e manejo da dor.

Esta pesquisa terá três etapas: observação e entrevista; prática educativa e construção do plano de cuidados. Esclarece-se que a entrevista será utilizada na pesquisa para conhecer como a equipe de enfermagem do SARNEO avalia a dor do neonato e os manejos.

A entrevista será gravada e transcrita pela pesquisadora. Os relatos

serão validados por você para que estes possam ser divulgados e analisados na pesquisa. Durante a prática educativa serão realizadas imagens fotográficas a fim de ilustrar o momento da construção do plano de cuidados. Os envolvidos também não serão identificados nominalmente. Para tanto, você deverá autorizar, assinando este termo de consentimento.

O seu anonimato e a identidade serão protegidos por nome fictício. Sua participação nesta pesquisa não lhe acarretará nenhum risco físico, podendo, contudo, mobilizar você emocionalmente por se tratar de um tema do cotidiano do seu trabalho, de sua prática diária. Se por ventura ocorrer desconforto psicológico, a pesquisadora coloca-se a disposição para ouvi-la até que se sinta confortável em continuar com a entrevista e outras etapas da pesquisa, assim como se gerar algum constrangimento em função do tema e em alguma das etapas da pesquisa. Se tiver algum constrangimento em falar no grupo, isto será respeitado e serão oportunizaremos dinâmicas para que você possa se expressar de outras formas.

Você não terá nenhuma despesa extra ao participar do estudo, exceto a locomoção até o local de estudo (Maternidade Darcy Vargas), local onde você atua, quando houver necessidade (encontros para prática educativa, caso não coincida durante seu plantão), o que será evitado, buscando desenvolver as práticas educativas por turno, em horário que não atrapalhe as ações da unidade. Também não haverá nenhuma compensação financeira.

Sua participação nesta pesquisa poderá contribuir para que você reflita sobre sua prática e ajudará a melhorar a qualidade do atendimento ao RN no que concerne à dor, bem como poderá ampliar conhecimentos sobre o tema da pesquisa.

Esclarecemos que você poderá se recusar a participar de qualquer etapa do estudo e terá liberdade para desistir a qualquer momento. Sua participação é totalmente voluntária e suas informações serão usadas exclusivamente para o trabalho científico. Caso você por qualquer motivo não deseje participar do estudo, não terá nenhuma desvantagem, coerção ou prejuízo, bastando para isto não autorizar, deixando de assinar este termo. Já, se desejar participar, ainda terá liberdade para desistir, bastando informar aos pesquisadores, sem qualquer penalidade. Caso desista, se desejar, você poderá solicitar que todas as informações já fornecidas não sejam utilizadas ou publicadas.

Esta pesquisa segue a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e requisitos do Comitê de Ética em Pesquisa Hospital Regional Hans Dieter Schmidt/SES/SC. O referido

comitê tem como endereço: Rua Xavier ARP, S/N, Bairro Boa Vista, Joinville/SC, CEP 89.227.680. Contato (47) 34615560. *E-mail*: cephrhds@gmail.com.

Eu _____, carteira de identidade número _____ declaro estar esclarecido(a) sobre os termos apresentados e consinto por minha livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse, rubricando todas as vias.

Confirmo que li os termos da pesquisa e concordo em participar da mesma, sem receber qualquer incentivo financeiro ou vantagem. Minha participação terá como finalidade colaborar para o sucesso da pesquisa que poderá qualificar a assistência ao RN. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o estudo, os procedimentos e etapas deste, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi garantido a liberdade a desistir da pesquisa em qualquer momento, ficando assegurado que não serei penalizado(a) ou terei prejuízo em função disto. Autorizo bater fotos e gravar os relatos. Atesto ainda o recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Você receberá duas cópias e se concordar com o que nela estiver escrito, você deve assinar as duas cópias e rubricar todas as folhas.

Assinatura do participante

Número de um documento

Eu, pesquisadora mestranda Gabriela da Silva, *e-mail*: 6abi.silv@gmail.com, bem como minha orientadora Maria de Fátima Mota Zampieri, *e-mail*: fatimazampieri@gmail.com, tel:(48)999460017 estamos disponíveis, em qualquer momento, para orientar qualquer dúvida referente à pesquisa através do telefone (47) 99971809.

Florianópolis, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do participante

Número de um documento

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista semiestruturado

Parte A: Identificação dos Profissionais

1.	Nome:
2.	Idade (anos):
3.	Sexo: () F () M
4.	Estado civil: (1) solteira (2) viúva (3) casada/união consensual (4) separada/divorciada/desquitada
5.	Nível de escolaridade (curso técnico ou auxiliar, graduação, especialização, residência, mestrado, doutorado, outro - especificar).
6.	Tempo que trabalha na instituição:
7.	Tempo que atua no SARNEO:
8.	Quanto tempo tem experiência com assistência ao recém-nascido?

Parte B: Questões norteadoras para atender os objetivos

- Qual o conhecimento que você tem sobre a dor do RN e método para avaliá-la?
- Como você avalia a dor do RN?
- Quais os critérios que você adota para avaliar a dor?
- Você usa escala para avaliar a dor? () sim () não
- Qual a escala que você usa para avaliar a dor?
- Como você usa a escala?
- Como você analisa os resultados?
- Quais os cuidados que você realiza ao identificar a dor? Seja através da escala ou por outros parâmetros.
- Quais as dificuldades que você tem para avaliar a dor?
- Quais as dificuldades em relação ao uso da escala?
- Quais as dificuldades que você tem em relação aos resultados da escala?
- Quais as dificuldades que você tem para minimizar a dor do RN?
- Quais as facilidades que você tem no manejo da dor?
- Quais os cuidados que você presta no caso da dor?

- Você utiliza algum cuidado não farmacológico para prevenir ou tratar a dor?
- Como as informações obtidas sobre a dor são repassadas à equipe de enfermagem e de saúde?
- O que você poderia sugerir para melhorar a avaliação da dor?
- O que você poderia sugerir para facilitar o manejo da dor?
- Você faz o registro da dor? Como é feito?

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido da prática educativa



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO
CUIDADO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA -
BRASIL**

Tel. (48) 3721.9480 - 37219399 Fax (48) 37219787

E-mail: nfr@ccs.ufsc.br

Homepage: www.nfr.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PROFISSIONAL

É com satisfação que convido você para participar como **VOLUNTÁRIO** da pesquisa intitulada **DOR NEONATAL: Avaliação e cuidados de enfermagem**, que será realizada pela pesquisadora Gabriela da Silva sob orientação da Prof^a Dr^a. Maria de Fátima Zampieri para conclusão do Curso de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado pela UFSC. A pesquisa terá os seguintes objetivos: identificar como a equipe de enfermagem avalia a dor dos RN e as condutas adotadas após a avaliação; desenvolver prática educativa para a construção coletiva de um plano de cuidados para o manejo da dor; sensibilizar a equipe de enfermagem para a avaliação e manejo da dor.

Convido-o(a) a participar da segunda e terceira etapas da pesquisa através de uma prática educativa sobre sensibilização da dor neonatal e a construção coletiva do plano de cuidados. O objetivo desta ação é de fomentar espaço para discussões e reflexões com a equipe de enfermagem sobre a prática assistencial, a fim de sensibilizar os profissionais quanto à importância da identificação e tratamento da dor neonatal, abordando qual

é o papel da equipe de enfermagem. Esclarece-se que essa prática educativa será utilizada na pesquisa para conhecer como a equipe de enfermagem do SARNEO avalia a dor do neonato e os manejos, bem como qualificar os profissionais para uma melhor avaliação da dor para posteriormente colaborar na construção coletiva do plano de cuidados de terapia não farmacológica para prevenção e alívio da dor neonatal.

Essa prática educativa será gravada e serão transcritos os pontos-chave das discussões por uma das pesquisadoras. Os relatos serão validados por você para que estes possam ser divulgados e analisados na pesquisa. A observação será feita durante o seu plantão e só será realizada se você concordar – buscar-se-á realizar por turno para facilitar a participação. Durante a prática educativa serão realizadas imagens fotográficas a fim de ilustrar o momento do processo de construção de conhecimento dos participantes. Seu depoimento será somente utilizado na pesquisa caso você autorize após transcrição dos dados que serão confirmados por você. A construção coletiva deste plano de cuidados subsidiará os profissionais de enfermagem a melhorar a qualidade da assistência ao recém-nascido no manejo da dor do Serviço de Alto Risco Neonatal.

O seu anonimato e a identidade serão protegidos por nome fictício. Sua participação nesta pesquisa não lhe acarretará nenhum risco físico, podendo, contudo, mobilizar você emocionalmente por se tratar de um tema do cotidiano do seu trabalho, de sua prática diária. Se por ventura ocorrer desconforto psicológico, a pesquisadora coloca-se a disposição para ouvi-la até que se sinta confortável em continuar com a entrevista e outras etapas da pesquisa, assim como se gerar algum constrangimento em função do tema e em alguma das etapas da pesquisa. Se tiver algum constrangimento em falar no grupo, isto será respeitado e serão oportunizadas dinâmicas para que você possa se expressar de outras formas.

Esclarece-se que por se tratar de estudo científico, os resultados poderão ser publicados em revistas especializadas com a omissão de seu nome, evitando assim, qualquer identificação de sua pessoa.

Você não terá nenhuma despesa extra ao participar desta prática educativa, exceto a locomoção até o local de estudo (Maternidade Darcy Vargas), local onde você atua, quando houver necessidade de encontros para a prática educativa, caso não coincida durante seu plantão. Também não terá nenhuma compensação financeira. Se houver algum dano comprovadamente vinculado a sua participação neste estudo, alheio a nossa vontade, estaremos disponíveis para eventuais ressarcimentos/indenizações.

Sua participação nesta pesquisa poderá contribuir para que você reflita sobre sua prática e ajudará a melhorar a qualidade do atendimento ao RN no que concerne à dor, bem como poderá ampliar conhecimentos sobre o tema da pesquisa.

Sua participação é totalmente voluntária e suas informações serão usadas exclusivamente para o trabalho científico. Caso você, por qualquer motivo, não deseje que seu relato não seja divulgado, não terá nenhuma desvantagem, coerção ou prejuízo, bastando para isto não autorizar, deixando de assinar este termo. E se desejar participar, ainda assim terá liberdade para desistir, bastando informar aos pesquisadores, sem qualquer penalidade. Caso desista, se desejar, você poderá solicitar que todas as informações já fornecidas não sejam utilizadas ou publicadas.

Esta pesquisa segue a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e requisitos do Comitê de Ética em Pesquisa Hospital Regional Hans Dieter Schmidt/SES/SC. O referido comitê tem como endereço: Rua Xavier ARP, S/N, Bairro Boa Vista, Joinville/SC, CEP 89.227.680. Contato (47) 34615560. *E-mail:* cephrhds@gmail.com.

Eu _____, carteira de identidade número _____ declaro estar esclarecido(a) sobre os termos apresentados e consinto por minha livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse, rubricando todas as vias.

Confirmo que li os termos da pesquisa e concordo em participar da mesma, sem receber qualquer incentivo financeiro ou vantagem. Minha participação terá como finalidade colaborar para o sucesso da pesquisa que poderá qualificar a assistência ao RN. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o estudo, os procedimentos e as etapas dele, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi garantida a liberdade de desistir da pesquisa em qualquer momento, ficando assegurado que não serei penalizado(a) ou terei prejuízo em função disto. Autorizo bater fotos e gravar os relatos. Atesto ainda o recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Você receberá duas cópias e se concordar com o que nela estiver escrito deverá assinar as duas cópias e rubricar todas as folhas.

Assinatura do participante

Número de um documento

Eu, pesquisadora mestranda Gabriela da Silva, *e-mail*: gabi.silv@gmail.com, bem como minha orientadora Maria de Fátima Mota Zampieri, *e-mail*: fatimazampieri@gmail.com, tel: (48) 37212206 estamos disponíveis, em qualquer momento, para orientar qualquer dúvida referente a pesquisa através do telefone (47)9 9971809.

Florianópolis, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do participante

Número de um documento