



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG**  
**CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF**

**FRANCISCA PATRICIA DA SILVA LOPES**

**CONHECIMENTOS E ATITUDES DE ENFERMEIROS NO MANEJO NÃO  
FARMACOLÓGICO DA DOR EM RECÉM NASCIDOS INTERNADOS EM  
UNIDADES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE**

**CAJAZEIRAS – PB**  
**2020**

**FRANCISCA PATRICIA DA SILVA LOPES**

**CONHECIMENTOS E ATITUDES DE ENFERMEIROS NO MANEJO NÃO  
FARMACOLÓGICO DA DOR EM RECÉM NASCIDOS INTERNADOS EM  
UNIDADES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Unidade Acadêmica em Enfermagem - UAENF, do  
Centro de Formação de Professores - CFP, da  
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG,  
como requisito para obtenção do título de Bacharel  
em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ma. Maria Berenice Gomes  
Nascimento

**CAJAZEIRAS – PB  
2020**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764  
Cajazeiras - Paraíba

L864c Lopes, Francisca Patricia da Silva.  
Conhecimentos e atitudes de enfermeiros no manejo não farmacológico da dor em recém-nascidos internados em unidades de média e alta complexidade / Francisca Patricia da Silva Lopes. - Cajazeiras, 2020.  
57f.  
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Ma. Maria Berenice Gomes Nascimento.  
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2020.

1. Dor. 2. Recém-nascido. 3. Manejo da dor. 4. Enfermagem neonatal.  
I. Nascimento, Maria Berenice Gomes. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 616.8-009.7-053.31

**FRANCISCA PATRICIA DA SILVA LOPES**

**CONHECIMENTOS E ATITUDES DE ENFERMEIROS NO MANEJO NÃO  
FARMACOLÓGICO DA DOR EM RECÉM NASCIDOS INTERNADOS EM  
UNIDADES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica em Enfermagem - UAENF, do Centro de Formação de Professores - CFP, da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em 23 de novembro de 2020

**Banca examinadora:**



**Profª. Ma. Maria Berenice Gomes Nascimento**

**Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/CFP/UAENF**

**Orientadora**



**Profª. Dra. Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira Cabral**

**Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/CFP/UAENF**

**1º Membro examinador**



**Profª. Dra. Alba Rejane de Moura Rodrigues**

**Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/CFP/UAENF**

**2º Membro examinador**

*Este trabalho é dedicado a quem me apoiou nessa jornada, a quem me ajudou a levantar todas as vezes que fraquejei e caí, a quem acreditou em mim e que eu chegaria até aqui e a todos que acrescentaram algo positivo ao longo minha história.*

## AGRADECIMENTOS

Agradecer é um gesto bonito e grandioso de reconhecer a importância do outro nas oportunidades de crescimento que nos são dadas a cada novo amanhecer. Assim, agradeço a Deus, pela sua infinita bondade ao me permitir o dom da vida, me conceder saúde, sabedoria, resiliência e fé, para eu nunca desistir de lutar pelas minhas crenças e objetivos, por permitir que eu vivenciasse esse momento sublime com o sentimento de dever cumprido, realização e felicidade, com o coração repleto de amor e humildade. Por cada oportunidade, por todas as quedas e erguimentos, pelas vitórias até aqui.

Agradeço aos meus pais Cícera Silva e Edilson Alecrim, ao meu namorado Humberlânio Araújo, minha irmã Paloma Lopes e minha avó Francisca da Silva, por segurarem forte a minha mão e me prenderem em um abraço apertado em tantos momentos que me desmotivei e me entristeci, em que pensei que tudo fosse desmoronar. Por fazerem dos meus sonhos e metas os sonhos e metas de vocês, por se sacrificarem por mim, perderem noites de sono comigo, se preocuparem com meu bem estar, investirem tempo e dinheiro no meu futuro, e o mais importante, nunca desistirem de acreditar que esse dia chegaria e estaríamos todos felizes por mais uma conquista que afinal, é nossa. E que conquista! Concordo com Isaac Newton quando ele disse que para ver mais longe, sempre é preciso estar sobre o ombro de gigantes. Vocês foram e são os meus gigantes, minha estrutura. Sem vocês eu não tenho dúvidas de que não teria chegado até aqui. Amo vocês incondicionalmente, porque vocês compõem minha essência, me completam e dão sentido a minha existência!

Ao meu filho Bob, por ao seu modo inocente e verdadeiro, recarregar as minhas energias, mudar minhas perspectivas e metas pessoais e profissionais e me ensinar uma maneira nova de amar. A minha sogra Mônica Nobre, aos meus tios, em especial Rinaldo Alves, Catarina Silva, Maria Silva, Valdemir Figueiredo, Maria do Carmo e Elosman Nunes, aos meus primos, em especial Myrella Figueiredo e Riquelmy Figueiredo pelo enorme carinho, apoio na tomada de decisões e amparo. Vocês também assumem um lugar especial no meu coração.

A todos os meus amigos de turma pelo carinho, companheirismo, amizade e apoio nos momentos felizes e difíceis. Agracio em especial a Beatriz Gomes, Thalia Albuquerque e Fabrícia Alves, minhas amigas Telettubies, que vivenciaram ao meu lado batalhas grandiosas, a maioria delas para superar a nós mesmas, com energias, objetivos, sentimentos e expectativas em comum, em uma cumplicidade e conexão inexplicável, que nos fez crescer, amadurecer e

se fortalecer. E como crescemos juntas! Amo vocês porque não mediram esforços para me acolher, me fortalecer e me alegrar, quando sempre precisei de amparo. Porque unidas fomos, somos e seremos sempre mais fortes! Agracio especialmente Maria Clara, Paulo Ricardo, Rosa Mística, Valléria Alves e Yasmim Duarte, pelos momentos descontraídos, pelo incentivo ao prosperar, pelo carinho, pelo compartilhamento de saberes e acima de tudo, por tornarem esses últimos momentos mais leves. Amo vocês porque vocês foram e são, 7 grandes irmãos que a vida me concedeu!

A todos os professores que participaram diretamente da construção dessa jornada acadêmica, do jardim de infância a Universidade. Em especial Josefa Pereira, Kyonara Vieira, Berenice Gomes, Alba Gomes, Symara Abrantes, Silvia Massagli e Sávio Benvindo. Todos foram responsáveis por moldar em mim um pensamento ético e justo, por me tornar mais sábia e instruída, por escrever junto a mim a história do meu futuro e conduzir meus sonhos, por acreditarem no meu potencial e na vivacidade que esse momento me traria.

E, por fim, a todos que de alguma maneira, direta ou indireta, foram agentes de transformação na minha formação acadêmica, o meu muito obrigada! Tenham certeza que mesmo não citando-os individualmente, deixaram lindas recordações na minha vida.

*“Foi o tempo que dedicaste a tua rosa que fez tua rosa tão importante... Tu te tornas eternamente responsável pelo que cativas.”*

*Antoine de Saint-Exupéry*

LOPES, Francisca Patricia da Silva. **Conhecimentos e atitudes de enfermeiros no manejo não farmacológico da dor em recém nascidos internados em unidades de média e alta complexidade.** Orientadora: Maria Berenice Gomes Nascimento. 2020, 57f, Trabalho de Conclusão de Curso (Curso Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2020.

## RESUMO

A dor é uma das primeiras marcas da existência humana. Nas últimas décadas, ficou comprovado que o recém-nascido (RN) apresenta condições anatômicas, neuroquímicas e funcionais para a percepção, integração e resposta a dor, apesar da imaturidade nos mecanismos inibitórios. A dor é recorrente no RN em Unidade Neonatal (UN), com manifestações e impactos diversos, exigindo dos enfermeiros olhar treinado, humanizado e multidimensional. Objetiva-se analisar, junto a literatura científica nacional, evidências sobre os conhecimentos e atitudes empregadas por enfermeiros que atuam em UN de média e alta complexidade para o manejo não farmacológico da dor em recém nascidos. Trata-se de uma Revisão Integrativa, de abordagem qualitativa, natureza aplicada, objetivo descritivo e procedimentos bibliográficos. Segue um protocolo de revisão com construção em etapas bem definidas. As publicações foram buscadas nas bases de dados computadorizadas MEDLINE, LILACS e BDENF, via BVS, pelo intercruzamento dos descritores catalogados no DeCS e MeSH Dor, Recém-nascido, Manejo da dor, Enfermagem Neonatal, mediante o uso do operador booleano “AND”. Os critérios de inclusão e exclusão foram aplicados e utilizado um instrumento para ampliação do rigor metodológico. Os dados foram analisados por categoria temática segundo modelo proposto por Bardin. Resultaram da busca 163 e analisados 15 artigos que atenderam aos critérios estabelecidos. Os enfermeiros reconhecem que o RN é capaz de sentir dor, no entanto, consideram como procedimentos potencialmente dolorosos apenas os invasivos e sensório ambientais. Não reconhecem consequências da dor para o RN, nem métodos de avaliação da dor, nem utilizam escalas. A maioria nunca avalia a dor e quando avaliam, realizam pela subjetividade e intuição, baseados principalmente na alteração do choro, sem padronização. Pouco mais da metade dos enfermeiros praticam medidas não farmacológicas para manejo da dor, principalmente soluções adocicadas, sucção não nutritiva e Método canguru, justificados na ótica do RN. A participação familiar não é incentivada, há falta de comunicação entre as equipes e de registro no prontuário. Fatores limitantes da atuação do enfermeiro na UN são individuais, de equipe, institucionais e familiares. Fatores facilitadores foram os fundamentos da Enfermagem. Necessita-se mudanças na formação acadêmica dos enfermeiros, desenvolvimento de programas de educação permanente na UN, implementação de protocolos e escalas para prevenção e controle da dor neonatal, padronização e sistematização do cuidado.

**Palavras – chave:** Dor. Recém-nascido. Manejo da dor. Enfermagem Neonatal.

LOPES, Francisca Patricia da Silva. **Conhecimentos e atitudes de enfermeiros no manejo não farmacológico da dor em recém nascidos internados em unidades de média e alta complexidade.** Orientadora: Maria Berenice Gomes Nascimento. 2020, 57f, Trabalho de Conclusão de Curso (Curso Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2020.

### ABSTRACT

Pain is one of the first marks of human existence. In recent decades, it has been proven that the newborn (NB) has anatomical, neurochemical and functional conditions for the perception, integration and response to pain, despite the immaturity in the inhibitory mechanisms. Pain is recurrent in newborns in the Neonatal Unit (UN), with different manifestations and impacts, requiring nurses to look trained, humanized and multidimensional. The objective is to analyze, together with the national scientific literature, evidence on the knowledge and attitudes employed by nurses working in medium and high complexity units for the non-pharmacological management of pain in newborns. It is an Integrative Review, with a qualitative approach, applied nature, descriptive objective and bibliographic procedures. It follows a review protocol with construction in well-defined stages. The publications were searched in the computerized databases MEDLINE, LILACS and BDENF, via VHL, by intercrossing the descriptors cataloged in DeCS and MeSH Pain, Newborn, Pain Management, Neonatal Nursing, using the Boolean operator “AND”. The inclusion and exclusion criteria were applied and an instrument was used to expand the methodological rigor. The data were analyzed by thematic category according to the model proposed by Bardin. The search resulted in 163 and 15 articles that met the established criteria were analyzed. Nurses recognize that the NB is capable of feeling pain, however, they consider only potentially invasive and sensory environmental procedures as potentially painful procedures. They do not recognize the consequences of pain for the newborn, nor pain assessment methods, nor do they use scales. Most never assess pain and when they do, they do it through subjectivity and intuition, based mainly on altered crying, without standardization. Just over half of nurses practice non-pharmacological measures for pain management, especially sweet solutions, non-nutritive sucking and Kangaroo method, justified in the view of the newborn. Family participation is not encouraged, there is a lack of communication between the teams and registration in the medical record. Limiting factors of the nurse's performance in the BU are individual, team, institutional and family. Facilitating factors were the foundations of Nursing. Changes in the academic training of nurses are required, development of permanent education programs at the BU, implementation of protocols and scales for the prevention and control of neonatal pain, standardization and systematization of care.

**Key words:** Pain. Newborn. Pain management. Neonatal Nursing.

LOPES, Francisca Patricia da Silva. **Conhecimentos e atitudes de enfermeiros no manejo não farmacológico da dor em recém nascidos internados em unidades de média e alta complexidade.** Orientadora: Maria Berenice Gomes Nascimento. 2020, 57f, Trabalho de Conclusão de Curso (Curso Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2020.

## RESUMEN

El dolor es una de las primeras señales de la existencia humana. En las últimas décadas se ha comprobado que el recién nacido (RN) presenta condiciones anatómicas, neuroquímicas y funcionales para la percepción, integración y respuesta al dolor, a pesar de la inmadurez de los mecanismos inhibidores. El dolor es recurrente en los recién nacidos en la Unidad de Neonatal (ONU), con diferentes manifestaciones e impactos, lo que obliga a los enfermeros a lucir capacitados, humanizados y multidimensionales. El objetivo es analizar, junto con la literatura científica nacional, la evidencia sobre los conocimientos y actitudes de los enfermeros que laboran en unidades de mediana y alta complejidad para el manejo no farmacológico del dolor en el recién nacido. Es una Revisión Integrativa, con enfoque cualitativo, carácter aplicado, objetivo descriptivo y procedimientos bibliográficos. Sigue un protocolo de revisión con construcción en etapas bien definidas. Las publicaciones se buscaron en las bases de datos computarizadas MEDLINE, LILACS y BDENF, vía BVS, cruzando los descriptores catalogados en DeCS y MeSH Pain, Newborn, Pain Management, Neonatal Nursing, utilizando el operador booleano “AND”. Se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión y se utilizó un instrumento para ampliar el rigor metodológico. Los datos fueron analizados por categoría temática según el modelo propuesto por Bardin. La búsqueda resultó en 163 y se analizaron 15 artículos que cumplían con los criterios establecidos. Las enfermeras reconocen que el RN es capaz de sentir dolor, sin embargo, solo consideran procedimientos ambientales potencialmente invasivos y sensoriales como procedimientos potencialmente dolorosos. No reconocen las consecuencias del dolor para el recién nacido, ni los métodos de valoración del dolor, ni utilizan escalas. La mayoría nunca evalúa el dolor y cuando lo hace lo hace a través de la subjetividad y la intuición, basada principalmente en el llanto alterado, sin estandarización. Poco más de la mitad de las enfermeras practican medidas no farmacológicas para el manejo del dolor, especialmente soluciones dulces, succión no nutritiva y método canguro, justificado a la vista del recién nacido. No se fomenta la participación familiar, hay falta de comunicación entre los equipos y registro en la historia clínica. Los factores limitantes del desempeño de la enfermera en la UB son individual, de equipo, institucional y familiar. Los factores facilitadores fueron la base de la Enfermería. Se requieren cambios en la formación académica de enfermeras, desarrollo de programas de educación permanente en la UB, implementación de protocolos y escalas para la prevención y control del dolor neonatal, estandarización y sistematización de la atención.

**Palabras clave:** Dolor. Recién nacido. El manejo del dolor. Enfermería neonatal.

## LISTA DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
| Quadro 1 - Distribuição das publicações incluídas na revisão integrativa segundo nome dos autores, título, ano de publicação, periódico, e resultados. LILACS, BDNF e MEDLINE, 2020..... | 31 |
| Quadro 2 - Tratamento dos resultados da categoria temática 1 por estatística simples – taxa percentual.....  | 39 |
| Quadro 3 - Tratamento dos resultados da categoria temática 2 por estatística simples – taxa percentual.....  | 42 |
| Quadro 4 - Tratamento dos resultados da categoria temática 3 por estatística simples – taxa percentual.....  | 44 |
| Quadro 5 - Tratamento dos resultados da categoria temática 4 por estatística simples – taxa percentual.....  | 46 |
| Quadro 6 - Tratamento dos resultados da categoria temática 5 por estatística simples – taxa percentual.....  | 48 |

## LISTA DE SIGLAS

|         |  |
|---------|--|
| BDENF   | Banco de Dados em Enfermagem   |
| BVS     | Biblioteca Virtual em Saúde  |
| CASP    | <i>Critical Appraisal Skills Programme</i>   |
| CEP     | Comitê de Ética em Pesquisa  |
| CPAP    | <i>Continuous Positive Airway Pressure</i>   |
| CRIES   | <i>Crying, Requires O2 for saturation above 90%, Increased vital signs, Expression and Sleeplessness</i> |
| DeCS    | Descritores em Ciências da Saúde   |
| EBP     | Extremo baixo peso   |
| IASP    | Associação Internacional para o Estudo da Dor  |
| LILACS  | Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde   |
| MEDLINE | Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica   |
| MeSH    | Medical Subject Headings   |
| MBP     | Muito baixo peso   |
| NFCS    | <i>Neonatal Facial Coding System</i>   |
| NIPS    | <i>Neonatal Infant Pain Scale</i>  |
| PICC    | Cateter central de inserção periférica   |
| PIPP    | <i>Premature Infant Pain Profile</i>   |
| RN      | Recém nascido  |
| RN EBP  | Recém nascido extremo baixo peso   |
| RN MBP  | Recém nascido muito baixo peso   |
| RNPT    | Recém nascido pré termo  |
| RNT     | Recém nascido a termo  |
| SAE     | Sistematização de assistência de Enfermagem  |
| SNC     | Sistema nervoso central  |
| SNP     | Sistema nervoso periférico   |
| UCIN    | Unidade de cuidado intermediário neonatal  |
| UCINCa  | Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru  |

|         |  |
|---------|--|
| UN      | Unidade neonatal                                       |
| UNCINCo | Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional |
| UTIN    | Unidade de Terapia Intensiva Neonatal                  |
| WHO     | <i>World Health Organization</i>                       |

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>16</b> |
| <b>2 OBJETIVO.....</b>  | <b>19</b> |
| <b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>   | <b>20</b> |
| 3.1 MECANISMOS DA DOR NO RECÉM NASCIDO.....   | 20        |
| 3.2 MANIFESTAÇÕES ORGÂNICAS DA DOR NO RECÉM NASCIDO.....  | 21        |
| 3.3 IMPACTOS DA DOR NA VIDA DO RECÉM NASCIDO.....   | 22        |
| 3.4 AVALIAÇÃO DA DOR NO RECÉM NASCIDO.....  | 22        |
| 3.5 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO DA DOR NO RECÉM NASCIDO E HUMANIZAÇÃO DA UCIN/UTIN..... | 24        |
| <b>4 METODOLOGIA.....</b>   | <b>27</b> |
| <b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>  | <b>30</b> |
| 5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PUBLICAÇÕES.....   | 31        |
| 5.2 PERCEPÇÃO DA DOR PELO ENFERMEIRO.....   | 39        |
| 5.3 AVALIAÇÃO DA DOR PELO ENFERMEIRO.....   | 42        |
| 5.4 ATITUDES NO MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO DA DOR PELO ENFERMEIRO.....  | 44        |
| 5.5 ASSISTÊNCIA HUMANIZADA NO MANEJO DA DOR.....  | 46        |
| 5.6 LIMITAÇÕES E FACILIDADES NO PAPEL DO ENFERMEIRO PERANTE A DOR DO RECÉM NASCIDO.....                       | 48        |
| <b>6 CONCLUSÕES.....</b>  | <b>51</b> |
| <b>7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>  | <b>53</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A dor é uma das primeiras e grandes marcas da existência humana. Ao nascer, o despertar para a vida extrauterina ressignifica a existência humana, gera novos comportamentos emoções e sensações, entre elas a dor. A dor é a primeira experiência da vida extrauterina ao cortar o cordão umbilical, ao respirar independentemente, ao perder o ambiente uterino como referencial, ao precisar procurar estratégias de suprir suas necessidades energéticas. Ela acompanha cada indivíduo do início ao fim da vida, exigindo conhecimento e habilidades para seu reconhecimento, avaliação e manejo. Nesse sentido, os profissionais de saúde precisam conhecer, estar preparados e serem proativos para uma atuação ética, integral e humanizada perante a dor.

A dor se configura como uma incitação desagradável, por um dano efetivamente real ou potencial, uma experiência sensorial, emocional, biológica e sociocultural. É uma sensação primitiva, um mecanismo essencial para a manutenção da vida e da existência humana, pois sinaliza desconforto e a ocorrência de estímulos nocivos (BALDA; GUINSBURG, 2018).

A vivência da dor tem relação direta com o nível de desenvolvimento cognitivo, afetivo e da linguagem, assim, é experimentada de uma maneira diferente em cada fase da vida. Até parte da década do 80, acreditava-se que o recém-nascido (RN) possuía imaturidade neurológica suficiente para ser incapaz de perceber, processar e responder a estímulos dolorosos. Nas últimas 4 décadas a ausência de dor em neonatologia passou a ser questionada e essa antiga teoria tornou-se inválida. Muito contrário ao que anteriormente era difundido, ficou comprovado que o RN apresenta condições anatômicas, neuroquímicas e funcionais para a percepção, integração e resposta aos estímulos dolorosos (BALDA; GUINSBURG, 2018; OLIVEIRA et al., 2018; HALL; ANAND, 2014).

Com o prosperar dos avanços técnico-científico e midiático-digital ao longo dos anos, houve aumento na sobrevivência do RN, com a agregação de conhecimento no campo teórico-prático nas Ciências da Saúde, favorecendo melhores condições de suporte a vida do RN e permitindo a realização de estudos aprofundados sobre a dor. Esses maiores e melhores cuidados ao RN no ambiente das Unidades de cuidado neonatal ganharam cheiro não só de vivacidade, mas também de dor, uma vez que, diariamente um RN internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) recebe entre 50 a 150 procedimentos potencialmente dolorosos ao dia (HALL; ANAND, 2014).

Um ponto importante é que o Brasil ainda ocupa o 10º lugar entre os 10 países com maior número de nascimentos prematuros no mundo e está entre os 16 países com maior

número de óbitos devido às complicações da prematuridade. Nesse sentido, um grande número de RN necessitam de cuidados mais duradouros, o que os afasta do ambiente de alojamento conjunto e os aproxima de unidades de cuidado de média e alta complexidade, poucos momentos após o nascimento (BALDA; GUINSBURG, 2018; WHO, 2012).

Tomando a maturidade gestacional como a idade completada no momento do nascimento, que RN é todo indivíduo do primeiro ao 28º dia de nascimento e que a gestação normal/ a termo varia de 37 a 41 semanas, o RN pré-termo (RNPT) é aquele que nasce antes de 37 semanas, podendo ser prematuro limítrofe (idade gestacional entre 35 e 36 semanas), prematuro moderado (idade gestacional entre 31 e 34 semanas) ou prematuro extremo (idade gestacional abaixo de 30 semanas). O peso insuficiente, baixo peso e crescimento reduzido para a idade gestacional (RN pequeno para a IG ou peso menor que 2.500gramas) também são grandes fatores que exigem cuidados de média e alta complexidade para recém nascidos, além de instabilidades/distúrbios cardiorrespiratórios, hemodinâmicos e neuromusculares, etc. O RN de peso insuficiente apresenta peso corporal entre 2.500 a 2999 gramas, já o RN de baixo peso pode ser classificado com Baixo Peso ao nascer (menos 2 500 gramas), Muito baixo peso/ RN MBP (menos de 1 500 gramas) ou extremo baixo peso/ RN EBP (menos de 1 000 gramas) (BRASIL, 2012).

A unidade neonatal de média complexidade realiza cuidados intermediários ou semi-intensivos, em recém nascidos de médio risco, sendo chamada de Unidade de cuidados intermediários neonatal (UCIN), enquanto a unidade neonatal de alta complexidade realiza cuidados intensivos, destinados a recém nascidos de elevado risco de vida, sendo chamada de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Casualmente o RN interno da UTIN é admitido por insuficiência cardíaca, insuficiência respiratória, agravo neurológico, extremo baixo peso, submetido a grande procedimento cirúrgico ou qualquer outra doença grave. A UCIN se subdivide em convencional (UCINCo) e canguru (UCINCa). A UCINCo admite o RN que necessite cuidados especiais após alta da UTIN, suporte ventilatório não invasivo, fototerapia, exsanguinotransfusão, em espera para realização de cirurgia ou estabilidade em pós operatório imediato. A UCINCa admite o RN que após a UCINCo necessite de observação, mas possa permanecer todo o tempo em contato direto com os pais, suporte de oxigenação simples, venóclise ou até o término de um tratamento específico (BRASIL, 2017).

Diante do exposto, surgiu o seguinte questionamento de pesquisa: quais cuidados não farmacológicos a literatura nacional evidencia como necessários para garantir o efetivo manejo da dor no RN em Unidades de média e alta complexidade? Como graduanda do curso de Enfermagem deparei-me frequentemente com procedimentos dolorosos no qual o RN é

submetido durante o período de internação em unidade de cuidados neonatais, hora com intervenção para minimização dos impactos dessa dor, hora sem intervenção alguma. Esse fato despertou-me o interesse para além da condição de criatura humana, empática e sensível a dor, toca-me na condição de futura Enfermeira neonatologista, aspirante por tocar vidas humanas causando-lhes o menor sofrimento possível.

A importância deste trabalho justifica-se em função do impacto social da temática, dos desafios da avaliação e manejo da dor, sobretudo em neonatologia, e dos efeitos danosos da experiência da dor no RN. Assim, espera-se que este trabalho contribua para o avanço do conhecimento técnico-científico de enfermeiros acerca das medidas de intervenção não farmacológica para manejo da dor em Unidades Neonatais (UN), bem como forneça adjutório para próximos estudos.

## **2 OBJETIVO**

Analisar, junto a literatura científica nacional, evidências sobre os conhecimentos e atitudes empregadas por enfermeiros que atuam em Unidade Neonatal de média e alta complexidade para o manejo não farmacológico da dor em recém nascidos.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 MECANISMOS DA DOR NO RECÉM NASCIDO

Estímulos dolorosos são detectados e transmitidos por receptores periféricos ao Sistema Nervoso Central (SNC). Os nociceptores, localizados nas terminações de fibras nervosas da pele, mucosas e órgãos, que possuem capacidade de traduzir um estímulo nocivo de natureza térmica, química ou mecânica, em estímulo elétrico, ou seja, em potencial de ação e conduzi-los até a medula espinhal. A velocidade de condução desse potencial de ação varia segundo o diâmetro e mielinização das fibras nervosas. Os nociceptores são sensibilizados por ação direta de substâncias químicas, entre elas estão: acetilcolina, bradicinina, histamina, serotonina, leucotrieno, radicais ácidos, íons potássio, prostaglandinas, tromboxano, interleucinas. O estímulo elétrico é transmitido a medula e levado ao sistema nervoso central, sendo o estímulo doloroso processado no tronco encefálico, tálamo e córtex (ANAND, 1989; LOPES, 2003).

A persistência do estímulo nocivo faz com que o Sistema Nervoso Periférico (SNP) se modifique, sensibilizando mais fibras nervosas, levando a redução do limiar de sensibilidade a dor e ao estado fenotípico de exacerbação da resposta ao estímulo doloroso (hiperalgesia) de maneira primária, ou seja, apenas no local onde se encontra o estímulo nociceptivo, ou secundária (prolongamento da resposta ao estímulo doloroso nas áreas circunvizinhas ao local do estímulo nociceptivo), além de ampliação dos campos receptivos do potencial de ação do estímulo doloroso na medula espinhal, gerando ainda mais experiências dolorosas exageradas e desorganizadas a dor (FITZGERALD, 2005; ROCHA et al., 2007).

Durante a fase fetal, por volta da 7ª semana de gestação, o feto começa a desenvolver nociceptores na região perioral e entre a 20ª e 29ª já possuem nociceptores em toda a superfície corporal. Apesar disso, alguns neurônios possuem mielinização incompleta ao nascimento e, por esse motivo, acreditava-se anteriormente que o RN não sentia dor. Entretanto, ainda no período fetal, por entre o segundo e terceiro trimestre de gestação, a grande maioria dos nervos nociceptivos da medula espinhal e do sistema nervoso central sofrem mielinização completa, além de que muitas das fibras nervosas são sobrepostas umas às outras, gerando redes de hiperexcitabilidade. Entretanto, o RN apresenta imaturidade nos mecanismos inibitórios da dor, uma vez que há um retardo na maturação dos neurônios desta via e a expressão tardia de seus neurotransmissores. Logo, não possui desenvolvido os sistemas adrenérgico e serotoninérgico, responsáveis pela regulação das vias inibitórias da dor, tornando experiências dolorosas ainda mais prolongadas (COSTA, 2015; HALL; ANAND, 2014).

A internação no ambiente da UCIN e UTIN ao mesmo tempo que aumenta a sobrevivência neonatal e fomenta suporte para redução da mortalidade, cuidados e proteção, expõe o RN a procedimentos dolorosos frequentes. Os procedimentos dolorosos mais comuns nas UN envolvem procedimentos invasivos (como punção do calcanhar, Punção venosa, Punção arterial, cateterização percutânea, Cateter central de inserção periférica (PICC), Cateterismo umbilical arterial e venoso, Exsanguinotransfusão, Intubação orotraqueal, Drenagem de tórax, Paracentese abdominal, como a exposição a fatores sensoriais ambientais (ruído, luminosidade, extremos de temperatura, manipulação) e procedimentos não invasivos (troca de fraldas, troca de curativos, remoção de esparadrapos, etc.) (BRASIL, 2013).

De certo, tendo que o RN é exposto a tantos fatores desencadeadores de estímulos nocivos, se faz fundamental o conhecimento e aplicabilidade de estratégias de manejo efetivas e individualizadas, para diminuir a repercussão das manifestações orgânicas em resposta a dor.

### 3.2 MANIFESTAÇÕES ORGÂNICAS DA DOR NO RECÉM NASCIDO

Estímulos dolorosos no RN repercutem na fisiologia, metabolismo e homeostasia de um vasto número de órgãos e sistemas, atingindo principalmente os sistemas cardiovascular, respiratório, digestivo, hormonal e imunológico, levando a desequilíbrios que evoluem para crescimento da morbimortalidade neonatal. São manifestações comuns a dor: aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e intracraniana, vasoconstrição, hipoxemia, elevação do consumo de oxigênio, queda na saturação de oxigênio, diminuição da motilidade gástrica, supressão da produção de insulina, retenção de hormônio antidiurético, hipercoagulabilidade, acidose metabólica, sudorese palmar, aumento do catabolismo, aumento do cortisol, bloqueio da resposta imune (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017; HALL; ANAND, 2014).

Em resposta a alteração desses múltiplos sistemas, acontece uma repercussão comportamental, quando o RN é incapaz de responder através da fala, logo usa de reflexos primitivos, e responde à dor com reação comportamental através de alteração do choro (com pequena duração e grande frequência), movimentação facial, atividade motora corporal (flexão e adução dos membros, arqueamento de tronco e pescoço), e alteração no estado de sono e vigília (diminuição do nível de consciência, indisponibilidade para contato visual e auditivo como mecanismo de fuga pós traumática) (BALDA; GUINSBURG, 2018; BRASIL, 2013).

### 3.3 IMPACTOS DA DOR NA VIDA DO RECÉM NASCIDO

O período neonatal é uma fase de grande desenvolvimento do sistema neurológico e a dor vivenciada neste período, apesar de acessada inconsciente e reflexivamente, traz consequências a longo e curto prazo, que podem ser extremamente danosas a nível neurobiológico, elevando a morbimortalidade neonatal, a depender do tipo, da duração e da intensidade dos estímulos doloroso (ANAND, 2011).

Acontece uma modificação na maquinaria molecular do sistema nervoso central, uma reprogramação, que afeta todo o desenvolvimento neurológico, emocional e cognitivo com desenvolvimento de hiperalgesia, hiperinervação nociceptiva (o que aumenta a sensibilidade à dor no local de maior estimulação física, química ou térmica), inibição da divisão e crescimento celular e da síntese proteica, produção de radicais livres (que geram toxicidade e danificam o crescimento celular e vascularização dos tecidos), estresse, déficit de aprendizagem, déficit de atenção, déficit de inteligência sócioemocional, alterações visuais, dificuldade de socialização, alterações comportamentais, distúrbios do sono – na infância, adolescência ou vida adulta, impactando negativamente no crescimento e desenvolvimento humano (BRASIL, 2017; HATFIELD, 2014; SAUGSTAD, 2005).

### 3.4 AVALIAÇÃO DA DOR NO RECÉM NASCIDO

A dor aguda é recorrente no RN, seja por procedimentos com quebra de barreira cutânea ou intervenções diagnósticas e terapêuticas ou por excesso de estimulação sensorial. Apesar de não existir um método indicador que seja padrão ouro na avaliação da dor neonatal, é um direito básico de qualquer indivíduo, independentemente da idade, ter alívio da dor, devendo ser esse o objetivo e preocupação de todo profissional da equipe multiprofissional de saúde que preste assistência ao RN (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016; OLIVEIRA et al., 2018; BRASIL, 2017).

A dor, enquanto manifestação subjetiva e complexa, necessita de avaliação contínua, assim como um sinal vital, avaliando os mesmos parâmetros que em resposta a dor são alterados – fisiológicos, comportamentais e hormonais, o que torna sua avaliação e manejo processos complexos. A resposta a dor, além de ser influenciada pelo tipo de estímulo e tempo de exposição a dor, é influenciada pela idade gestacional, gravidade da doença e uso de medicamentos, sendo que para a dor for prolongada e repetitiva, as respostas a ela podem se manifestar reduzidas ou ausentes, uma vez que, principalmente RN pré-termo e baixo peso,

possuem pouca reserva energético-calórica e precisam poupa-la, apresentando uma resposta psicofisiológica por um período reduzido de tempo (HUMMEL; LAWLOR-KLEAN; WEISS, 2010).

São indicadores comportamentais: Expressão facial (contração da face com abaixamento de sobrelanceira, estreitamento da pálpebra, nariz franzido, lábios esticados, língua protusa ou tensa, tremor do queixo), movimentação corporal e de membros (rigidez e arqueamento do tórax, membros fixos em extensão, mãos espalmadas ou punhos cerrados), padrão de choro (choro frequente, consolabilidade difícil), alteração de comportamento (irritabilidade, agitação ao contato, diminuição de interação, indiferença à estimulação) e alteração no padrão de sono (sono agitado com despertar frequente) (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016; BRASIL, 2017; HUMMEL, LAWLOR-KLEAN, WEISS, 2010).

Ainda como indicadores da dor, fisiológicos e hormonais, apesar de não serem específicos, incluem: alteração dos sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação e pressão arterial), coloração cutânea, tamanho das pupilas, sudorese palmar e dosagem de hormônios do estresse - como cortisol, noradrenalina, etc., apesar de geralmente não estarem disponíveis em tempo hábil para avaliação contínua da dor na Unidade neonatal (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016; BRASIL, 2017; HUMMEL; LAWLOR-KLEAN; WEISS, 2010).

A subjetividade da sensação dolorosa, resposta diferenciada a dor para cada etapa do desenvolvimento nervoso do RN, a quantidade limitada de instrumentos de avaliação da dor que sejam validados, tenham aplicabilidade clínica e confiabilidade, fazem com que a utilização de métodos qualitativos e subjetivos ao invés de dados quantificáveis na avaliação da dor, resulte em inconsistências no manejo da dor neonatal, abordagem desqualificada e negligência (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016; OLIVEIRA et al., 2018; BRASIL, 2017; BRASIL, 2013).

Existe uma conformidade científica no uso de escalas de avaliação da dor como uma estratégia que apesar de não ser padrão ouro, é uma ferramenta de padronização da assistência, segundo mudanças fisiológicas e comportamentais, buscando conformidade entre as respostas subjetivas a dor aguda e as interações desta com o ambiente. Essas escalas devem ser utilizadas juntamente com a avaliação dos sinais vitais, levando em conta a dor como um sinal vital, antes, durante e após cada intervenção dolorosa ou analgésica no RN (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016; OLIVEIRA et al., 2018; BRASIL, 2017; BRASIL, 2013).

Algumas escalas de avaliação da dor no RN são validadas por padrões psicométricos rigorosos e estudo controle, como a escala *Premature Infant Pain Profile – PIPP*,

multidimensional, muito sensível e específica para avaliar a dor de RNPT através dos sinais vitais e parâmetros comportamentais e a escala Neonatal Facial Coding System – NFCS, unidimensional, específica para avaliação da dor aguda segundo parâmetros comportamentais da expressão facial. Outras, apesar de muito divulgadas e utilizadas de maneira prática, não são totalmente validadas, como acontece com a Neonatal Infant Pain Scale – NIPS, multidimensional, utilizada em recém-nascidos a termo e pré-termo para avaliar o padrão comportamental e fisiológico, bem como acontece com Crying, Requires O2 for saturation above 90%, Increased vital signs, Expression and Sleeplessness – CRIES, multidimensional, utilizada para avaliação da dor neonatal após procedimentos cirúrgicos em recém-nascidos a termo e pré-termo (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016).

### 3.5 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO DA DOR NO RECÉM NASCIDO E HUMANIZAÇÃO DA UCIN/UTIN

Dentre os membros da equipe multiprofissional, o enfermeiro assume posição de destaque no quesito atuação contínua ao lado do paciente, senso assim os que mais devem avaliar a dor e a resposta terapêutica, propondo e executando estratégias não farmacológicas para a prevenção e o manejo da dor. Se faz necessário um olhar treinado, sensível, empático e humanizado, multidimensional da experiência existencial de dor que o RN vivencia, a fim de minimizar os momentos dolorosos, diminuir o impacto da dor e melhorar a qualidade de vida do RN. O cuidado em saúde deve ultrapassar o aspecto biológico e é nessa perspectiva que o enfermeiro e o paciente – nesse caso o RN, se integram e desenvolvem uma relação de interdependência e transpessoalidade (FREITAS; PEREIRA; OLIVEIRA, 2012).

Um cuidado humanizado da dor do RN significa necessariamente oferecer suporte às necessidades biológicas, ambientais e familiares do RN, estando centrado nos pilares da evidência científica, humanização, valorização de aspectos socioculturais, ética e cidadania. Assim, avaliar, tratar/reduzir a dor, diminuir o estresse, os estímulos luminosos, táteis e térmicos, construir um plano de Cuidado Terapêutico Singular para cada recém-nascido e sua família, acolher e orientar a mãe, o pai e a família durante toda a internação, estimular o vínculo e o apego entre o RN e sua família, oferecer suporte e apoio aos pais nos diferentes momentos e espaços da unidade neonatal, são essencialmente indispensáveis para um cuidado íntegro, contínuo e humanizado para o RN e sua família no ambiente da UCIN/UTIN, que pode ser por vezes um ambiente hostil e assustador para os mesmos (BRASIL, 2017; LÉLIS et al., 2011).

A analgesia preventiva antes, durante e após procedimentos dolorosos eletivos deveria ser fornecida para todos os neonatos. Nesse cenário as técnicas não farmacológicas ganham espaço pela efetividade comprovada, baixo risco para os bebês, baixo custo operacional, podendo ser utilizadas sem prescrição médica e sendo bem toleradas pelo RN. Apesar da inexistência de um plano de cuidados padrão para o manejo não farmacológico no alívio da dor, a fim de orientar a equipe de enfermagem, ratificado pela literatura científica, o uso de métodos não farmacológicos tem ganhado cada vez mais espaço e recomendações para prevenir, diminuir a intensidade e duração da dor aguda no neonato, seja sozinho ou em combinação com métodos farmacológicos. Recomenda-se primeiramente o controle de fatores sensório-ambientais e posteriormente o uso de estratégias não farmacológicas (BRASIL 2013; BRASIL 2017).

As estratégias ambientais mais recomendadas para manejo da dor no RN incluem redução do número, intensidade e duração de procedimentos dolorosos; evitar cuidados de rotina próximos a procedimentos dolorosos, controlar/reduzir iluminação, ruídos, mudança brusca de temperatura e manipulação. As estratégias não farmacológicas mais eficazes envolvem administração de substâncias adocicadas – sacarose ou glicose - por via oral, amamentação, sucção não nutritiva, contato pele a pele/ posição canguru, contenção facilitada, posicionamento em ninho (BRASIL 2013; BRASIL 2017; GOLIANU et al., 2007).

O uso de soluções adocicadas via oral, apesar de efetivo apresenta lacunas em relação a dosagem mínima necessária para obtenção do efeito esperado, a segurança e consequências do seu uso a longo prazo. O efeito acontece dentro de dois minutos, com o contato da solução com a porção anterior da língua, estimulando a liberação de opioides endógenos, tendo duração de ação em torno de 4 minutos, sendo utilizado para procedimentos rápidos. A sucção não nutritiva e a amamentação inibem a hiperatividade durante os movimentos ritmados de sucção, uma vez que há liberação de serotonina – neurotransmissor antiestresse (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016; BRASIL 2013; BRASIL 2017; CARBAJAL, 2008; GOLIANU et al., 2007, MOTTA; CUNHA, 2015).

O contato pele a pele/posição canguru no tórax nu do pai/mãe/familiar garante controle da temperatura, desenvolvimento de apego, estimula a liberação de endorfinas – neurotransmissor antiestresse - ativação do sistema inibitório da dor e organização comportamental do RN. A contenção facilitada através da flexão dos membros do RN e o posicionamento em ninho, através do uso de coxins de tecido como suporte, fornecem ao sistema nervoso central um fluxo contínuo de estímulos que competem com os estímulos dolorosos e modulam a percepção da dor, estimulam a liberação de neurotransmissores

antiestresse, ativam o sistema inibitório da dor e organizam o comportamento do RN (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016; BRASIL 2013; BRASIL 2017; CARBAJAL, 2008; GOLIANU et al., 2007, MOTTA; CUNHA, 2015).

## 4 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa, natureza aplicada, objetivo descritivo e procedimentos bibliográficos. A revisão integrativa na área da saúde envolve análise de pesquisas que fornecem subsídios para a prática clínica assistencial, bem como orienta a tomada de decisões baseadas em evidências científicas, através da síntese de múltiplos estudos e sua interpretação crítica com critérios bem definidos. Essa metodologia é valiosa para a equipe de Enfermagem, pois a sobrecarga no trabalho pode reduzir o quantitativo de horas disponíveis para leitura de grandes volumes científicos assim, uma revisão integrativa pode reunir um grande volume científico em um único estudo, gerando reflexões e discussões diversas em um único local (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O estudo qualitativo aborda a realidade social sob a ótica da relatividade e das interações sociais. Retratado através de significados, motivos, atitudes e valores de cada ator social. Invés de quantificar a verdade, ele busca a compreensão e interpretação, a lógica subjetiva do sujeito, tornando conhecida a sua verdade, como descreve Minayo (2012). Este estudo segue o protocolo proposto por Mendes; Silveira; Galvão (2008) para subsidiar a construção de uma revisão integrativa, contemplando 6 etapas, sendo elas:

**Primeira etapa- Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa:** nessa etapa, contemplada na introdução, foi definida a questão norteadora da pesquisa e os objetivos do estudo.

**Segunda etapa- Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos:** nessa etapa foram definidas as estratégias de busca - as bases de dados, os descritores - e os critérios de inclusão e exclusão para gerenciamento do estudo.

A pesquisa foi realizada no mês de agosto do corrente ano por meio de busca de publicações indexadas nas bases de dados computadorizadas: Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) pelo intercruzamento dos descritores *Dor*, *Recém-nascido*, *Manejo da dor*, *Enfermagem Neonatal*, mediante o uso do operador booleano “AND”.

Foram incluídos nesta pesquisa os estudos primários contendo descritores catalogados no DeCS e MeSH *Dor*, *Recém-nascido*, *Manejo da dor*, *Enfermagem Neonatal*; disponíveis na íntegra, escritos nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, contendo o Brasil como País de filiação e publicados nos últimos 5 anos (2015-2020) e que tenham nível A no método CASP,

que foi o critério utilizado para avaliar a qualidade metodológica dos estudos selecionados nesta pesquisa.

Até o presente momento, não há um consenso sobre critérios que possam ser escolhidos para validar a qualidade de estudos qualitativos. Assim, se torna indispensável o uso de um instrumento padronizado que garanta uma avaliação sistematizada da metodologia das pesquisas obtidas como resultados de estudos de revisão da literatura e diminua as chances de vieses da pesquisa qualitativa, como é o caso do Critical Appraisal Skills Programme – CASP. Este método constitui um programa de avaliação crítica de competências, pelo qual são feitas 10 perguntas e para cada uma delas é respondido sim ou não, sendo que nas 3 primeiras perguntas é indispensável obter sim como resposta, para que o estudo seja confiável. O resultado é avaliado de modo que cada pergunta corresponde a 1 ponto, sendo que: estudos de 0 – 5 pontos assumem nível B, com qualidade metodológica potencial de viés aumentado e estudos de 6 – 10 assumem nível A, com qualidade metodológica alta e potencial de viés reduzido (CASP, 2011).

Foram excluídos desta pesquisa os relatos de caso (pelo baixo nível de evidência), demais estudos de revisão integrativa da literatura, estudos que não possuam campo de pesquisa em ambientes de cuidados neonatais de média e alta complexidade e estudos duplicados em diferentes bases de dados.

**Terceira etapa- Categorização dos estudos:** nessa etapa definiu-se as informações a serem extraídas dos estudos. Após a busca dos artigos nas bases de dados computadorizadas supracitadas utilizando os critérios de inclusão e exclusão, realizada a leitura de título e resumo de cada trabalho, os trabalhos que atenderam aos referidos critérios e objetivos propostos por este estudo foram colocados em um quadro, organizando os estudos de maneira concisa e formando um banco de dados de fácil acesso e manejo. Esse quadro foi construído agrupando informações de acordo com: autor, título, ano de publicação, periódico, objetivos e principais resultados do estudo.

Neste estudo os preceitos de autoria foram respeitados e, por se tratar de uma pesquisa de natureza bibliográfica, não houve necessidade de submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), visto que não trabalha diretamente com dados relacionados a particularidades de cada ser humano.

**Quarta etapa- Avaliação dos estudos incluídos na revisão:** nessa etapa houve a análise crítica de dados, incluindo uma investigação detalhada, (re)leitura crítica dos artigos pela pesquisadora, aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão e buscando alcançar o

objetivo desta pesquisa, além da aplicação do método CASP em todos os estudos e classificados por categoria temática.

Os dados, obtidos através dos 15 estudos que compuseram os resultados desta pesquisa, foram submetidos à análise de conteúdo na modalidade temática, que segundo Bardin (2016) consiste em um conjunto de técnicas para análise de comunicações de maneira sistematizada e a garantir a inferência de conhecimentos a depender da percepção do pesquisador para com as mensagens.

De tal modo, a análise por categoria temática aconteceu nas 3 etapas cronológicas preconizadas por Bardin (2016), sendo elas: pré Análise (quando os resultados dos estudos incluídos na pesquisa foram lidos e analisados segundo preceitos da representatividade, pertinência e exaustividade com o intuito de torna-los operacionais e sistematizados), Exploração do Material (quando os dados brutos foram codificados, inter-relacionados, feita a contagem da frequência em que aparecem e por fim, o agrupamento desses dados em categorias comuns) e Tratamento dos Resultados e Interpretação (quando foi realizado o tratamento estatístico simples dos resultados, permitindo a elaboração de quadro que condense e destaque as informações fornecidas pela análise) (BARDIN, 2016).

**Quinta etapa- Interpretação dos resultados:** nessa etapa foram discutidos os principais resultados da pesquisa, buscando limitações teórico-práticas, pontos convergentes e divergentes entre os estudos incluídos na pesquisa e demais estudos científicos voltados a temática em questão nesse atual estudo.

**Sexta etapa- Apresentação da síntese do conhecimento:** nessa etapa foi produzido o documento com um apanhado que descreve as fases percorridas no estudo, principais resultados e conclusões.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Utilizando a estratégia de busca descrita anteriormente para este estudo, foram encontrados um total de 163 publicações, sendo que, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restaram 36 estudos, sendo 24 escritos em português, 9 em inglês, 3 em espanhol. Desses, 36 estudos que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão, 17 estavam indexados da LILACS, 15 na BDENF e 4 na MEDLINE. Após leitura de títulos e resumos e aplicação do método CASP, 15 artigos atingiram nível A e se aproximaram do objetivo deste estudo, logo foram selecionados e compuseram os resultados desta pesquisa, como podem ser vistos no quadro 1, escrito abaixo.

Do total de 15 artigos selecionados, 9 são pesquisas qualitativas, 5 quantitativas e 1 quali-quantitativa. O nível de evidência de todos os estudos foi VI, que apesar de não estarem entre os estudos de maior qualidade científica, responderam bem a todos os critérios desta pesquisa. O ano de maior publicação foi 2016, com 7 artigos. No que se refere aos locais de pesquisa, foram realizados o maior número de artigos no Rio de Janeiro, com um total de 5 artigos. Em relação ao tipo de instrumento de coleta de dados, houve prevalência do uso de questionário, totalizando 9 estudos. Os 15 artigos tiveram como cenário de realização a UTIN e 2 deles aconteceram também na UCIN. O método de análise de dados mais utilizada foi Análise estatística descritiva, em 8 estudos. Entre todos os estudos selecionados, totalizaram os conhecimentos e atitudes de 236 enfermeiros participantes indiretamente deste estudo.

## 5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PUBLICAÇÕES

Quadro 1 - Distribuição das publicações incluídas na revisão integrativa segundo nome dos autores, título, ano de publicação, periódico, e resultados. LILACS, BDENF e MEDLINE, 2020.

| AUTOR                               | TÍTULO  | ANO  | PERIÓDICO                 | OBJETIVO  | RESULTADOS   |
|-------------------------------------|---|------|---------------------------|---|--|
| (1) MACIEL, H. I. A. <i>et al.</i>  | Medidas farmacológicas e não farmacológicas de controle e tratamento da dor em recém-nascidos.        | 2019 | Rev. bras. ter. intensiva | Descrever e quantificar as estratégias farmacológicas e não farmacológicas utilizadas para alívio da dor/estresse de recém-nascidos durante a hospitalização em unidades neonatais. | A prevalência de internações ocorreu por prematuridade e desconforto respiratório. Cada neonato foi submetido a 11,25 procedimentos dolorosos e estressores/dia, 13 intervenções não farmacológicas/dia e uma intervenção farmacológica a cada 2 dias em média. 98,1% das intervenções para controle e alívio da dor no RN, feitas por enfermeiros e demais membros da equipe multiprofissional, foram não farmacológicas, preferencialmente o posicionamento em ninho, redução de luminosidade e ruídos, manuseio mínimo e contenção facilitada para manejo da dor no RN.                                 |
| (2) ALMEIDA, H. C. C. <i>et al.</i> | Seja Doce com os Bebês: avaliação de vídeo instrucional sobre manejo da dor neonatal por enfermeiros. | 2018 | Rev. esc. enferm. USP.    | Verificar o conhecimento prévio dos enfermeiros sobre o uso da amamentação, do contato pele a pele e das soluções adocicadas para o alívio da dor procedural neonatal.              | 97,4% dos enfermeiros participantes afirmaram conhecer a amamentação e as soluções adocicadas como medida de manejo da dor neonatal. 81,5% afirmaram conhecer o contato pele a pele com a mesma finalidade. No entanto, apenas 31,6% faziam uso dessas medidas. Uma média de 71,9 % pretendiam utilizar mais estratégias não farmacológicas durante procedimentos dolorosos e 26,3% assim o fizeram. 15,8% retrataram inabilidade técnica, sobrecarga da rotina e despreparo emocional dos pais como barreiras para utilização dessas medidas. Não havia na unidade protocolo para manejo da dor neonatal. |

| AUTOR                        | TÍTULO   | ANO  | PERIÓDICO                   | OBJETIVO  | RESULTADOS  |
|------------------------------|--|------|-----------------------------|---|---|
| (3) NÓBREGA, A. S. M. et al. | Tecnologias de enfermagem no manejo da dor em recém nascidos na unidade de terapia intensiva neonatal.               | 2018 | Enfermagem em Foco.         | Verificar as tecnologias de enfermagem utilizadas no manejo da dor em recém nascidos de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.                                      | Os enfermeiros afirmaram realizar a avaliação da dor, no entanto não utilizavam a ferramenta escala de dor para isto, por esta não fazer parte da rotina naquele serviço. O choro e a mímica facial foram tidos como os sinais mais evidentes de dor, e o tratamento da dor como estratégia para melhorar o prognóstico do RN. Todos os enfermeiros afirmaram conhecer e usar estratégias não farmacológicas para manejo da dor, com destaque para o método canguru, contenção facilitada e sucção não nutritiva.   |
| (4) SPOSITO, N. P. B. et al. | Avaliação e manejo da dor em recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: estudo transversal. | 2017 | Rev. Latino-Am. Enfermagem. | Determinar a frequência de dor e verificar as medidas realizadas para seu alívio durante os sete primeiros dias de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. | Verificou-se que o RN sofre uma média de 6,6 procedimentos dolorosos por dia, principalmente punção de calcâneo, aspiração de vias aéreas e punção venosa. Não houve registro no prontuário da relação procedimentos dolorosos e o uso de medidas não farmacológicas pelos enfermeiros, porém, houve relação entre o uso da escala NIPS e medidas como sucção não nutritiva, posicionamento ventral, enrolamento. As anotações de enfermagem associaram o número de procedimentos invasivos ao choro, expressão de dor e agitação. Em apenas 4,5% dos registros a escala NIPS foi utilizada para avaliações após a realização de procedimentos. |

| AUTOR                | TÍTULO  | ANO  | PERIÓDICO              | OBJETIVO   | RESULTADOS   |
|----------------------|---|------|------------------------|--|--|
| (5) COSTA, T. et al. | Conhecimento e práticas de enfermeiros acerca do manejo da dor em recém-nascidos. | 2017 | Rev. esc. enferm. USP. | Verificar o conhecimento e as práticas de enfermeiros acerca do manejo da dor de recém-nascidos admitidos em UTIN. | 86% dos enfermeiros reconheceram que o RN sente a dor, 25% dos enfermeiros não sabiam/conheciam diretrizes para avaliação e manejo da dor neonatal. 96,1% dos enfermeiros afirmaram que a dor pode alterar sinais vitais, expressão facial, movimento dos membros e choro, 86,3% afirmaram que luminosidade e ruído podem alterar a reação a dor no RN, porém 66% afirmaram que a dor pode trazer prejuízos ao desenvolvimento. Apenas 51% afirmaram que o enfermeiro possui conhecimento suficiente para avaliar a dor do RN. 62,7% afirmaram fazer uso de alguma escala de avaliação da dor, sendo <i>NIPS</i> a mais utilizada (21,6%) e 70,6% dos enfermeiros não souberam qual o tipo de protocolo/escala era utilizada no serviço. Os intervalos de avaliação da dor variaram entre os horários da verificação de sinais vitais (37,3%) até a ausência de avaliação (35,3%). 47,1% fizeram registro da avaliação da dor na evolução de Enfermagem, 80,4% usaram medidas não farmacológicas para manejo da dor, principalmente glicose oral (43,1%), sucção não nutritiva (39,2%) e posicionamento (52,9%), associando essas medidas na maioria das vezes (47,1%). No entanto, apenas 24% desses enfermeiros envolveram os pais nas medidas para prevenção e alívio da dor. |

| AUTOR                    | TÍTULO  | ANO  | PERIÓDICO           | OBJETIVO  | RESULTADOS  |
|--------------------------|---|------|---------------------|---|---|
| (6) QUERIDO, D.L et al.  | Perceptions of professionals on neonatal pain: a descriptive study.                         | 2018 | Online Braz j Nurs. | Conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre a dor em uma unidade de terapia intensiva neonatal. | Os enfermeiros avaliaram a dor neonatal através da mímica facial, movimentação dos membros, alteração do padrão cardiorrespiratório. Aspição orotraqueal, manipulação, ruídos e luz foram considerados potencialmente dolorosos. Para o manejo não farmacológico da dor foram citados: glicose oral, sucção não nutritiva e amamentação, método canguru. Desconheciam escalas de avaliação da dor no recém nascido. Retrataram a falta de conhecimento, harmonia e comunicação na equipe e de protocolos institucionalizados como dificuldades para o manejo da dor neonatal. Reconheciam a iluminação, ruído, manipulação e temperaturas extremas, punção, aspição, remoção de adesivo, substituição de fralda, intubação, como dolorosos. |
| (7) DAMES, L.J.P. et al. | Conocimiento de enfermería sobre el manejo clínico del dolor neonatal: estudio descriptivo. | 2016 | Online braz j nurs. | Analisar o conhecimento do enfermeiro em sua prática assistencial no manejo clínico da dor neonatal.      | Os enfermeiros reconheceram que o RN é capaz de sentir dor, sendo reconhecido por parâmetros como choro, expressão facial, saturação, mas sua avaliação não é rotineira. Reconheceram que a equipe de enfermagem é a que sempre está mais engajada na avaliação e manejo da dor neonatal e a dor como fator desencadeante de perda de peso, predisposição a infecções, crescimento e desenvolvimento insatisfatórios. A maioria dos enfermeiros não se considera capacitado para o manejo da dor neonatal, sendo utilizado glicose oral, redução da luz e ruídos e posicionamento.  |

| AUTOR                               | TÍTULO   | ANO  | PERIÓDICO          | OBJETIVO  | RESULTADOS   |
|-------------------------------------|--|------|--------------------|---|--|
| (8)<br>CHRISTOFFEL,<br>M. M. et al. | Conhecimento dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor neonatal. | 2016 | Rev. Bras. Enferm. | Identificar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o manejo, avaliação e tratamento da dor em uma unidade neonatal.          | 66,3% dos profissionais referiram ter estudado sobre a dor em neonatologia ainda na sua graduação. Enfermeiros Concordaram totalmente que: coordenam/realizam cuidados com a dor no RN enquanto outro profissional realiza um procedimento (31,9%), a avaliação da dor influencia no manejo (45,5%), o registro da dor resulta em alívio efetivo (59%), mas apenas 9% conheciam escalas específicas para avaliação da dor neonatal. Além disso, 72,7% dos enfermeiros afirmaram que o RN não necessita de analgesia para dor, alegando imaturidade neurológica.  |
| (9) SOARES,<br>A.C.O. et al.        | Dor em unidade neonatal: conhecimento, atitude e prática da equipe de enfermagem.  | 2016 | Cogitare Enferm.   | Avaliar o conhecimento, atitude e prática da equipe de enfermagem no manejo da dor no recém-nascido, segundo a formação profissional. | 65,6% dos enfermeiros mencionaram capacitação sobre manejo da dor no RN, 100% reconheceram que o RN sente dor e afirmaram que registraram no prontuário a medida de manejo adotada. No entanto, apenas 40% realizaram de fato esse registro. 86,7% consideraram que tratar a dor melhora o prognóstico do RN e conheciam medidas não farmacológicas. As medidas não farmacológicas mais referidas (86,7%) foram glicose oral e sucção não nutritiva. 100% reconheceram que o alívio da dor deve ser realizado antes e depois de procedimentos dolorosos. A relação conhecimento e prática foi proporcional ao tempo de graduação e de atuação em UTIN acima de cinco anos. |

| AUTOR                      | TÍTULO  | ANO  | PERIÓDICO  | OBJETIVO   | RESULTADOS   |
|----------------------------|---|------|--|--|--|
| (10) COSTA, K. F. et al.   | Clinical management of pain in the newborn: perception of nurses from the neonatal intensive care unit. | 2016 | Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. | Analisar a percepção dos enfermeiros acerca da clínica da dor no neonato na unidade de terapia intensiva neonatal.   | Os enfermeiros reconheceram que o RN é capaz de sentir dor e que ela não pode ser expressa pela fala, mas é expressa na face, agitação motora e sinais vitais, que por algumas vezes não é percebido, exigindo mais atenção. Destacaram também que a equipe de Enfermagem é sempre quem mais se preocupa com a avaliação da dor neonatal e a justificaram pelo maior tempo de assistência fornecida ao RN.   |
| (11) OLIVEIRA, I.M. et al. | Conhecimento e atitude dos profissionais de enfermagem sobre avaliação e tratamento da dor neonatal.    | 2016 | Rev. Eletr.Enf.                                    | Verificar o conhecimento e atitude dos profissionais de enfermagem de uma unidade neonatal quanto à avaliação e tratamento da dor aguda em recém-nascidos. | 41,7% dos enfermeiros concordaram totalmente que o RN é capaz de sentir dor, 30,8% que a dor tem efeitos deletérios, 61,5% que a dor é expressa por parâmetros fisiológicos e comportamentais (choro, mímica facial, movimentação dos membros, alteração do padrão cardiorrespiratório), 23,1% que as reações do RN são alteradas pelo ambiente (ruído, manipulação, iluminação). 65,4% conheciam alguma escala para avaliar a dor do RN, apenas 24% a utilizavam, sendo NIPS a mais utilizada. 100% afirmaram conhecer pelo menos uma estratégia não farmacológica, sendo as mais utilizadas: Diminuição de ruído e luminosidade (84,6%), Posição Canguru/colo (76,9%) e aleitamento materno (73,1%). Apenas 8% incentivavam a presença dos pais/familiares durante procedimentos dolorosos e fazia registro da dor e seu manejo no prontuário e 30% a avaliava antes e depois dos procedimentos. |

| AUTOR                     | TÍTULO   | ANO  | PERIÓDICO                            | OBJETIVO  | RESULTADOS   |
|---------------------------|--|------|--------------------------------------|---|--|
| (12) KEGLER, J. J. et al. | Manejo da dor na utilização do cateter central de inserção periférica em neonatos.                             | 2016 | Esc. Anna Nery.                      | Descrever as práticas da equipe de enfermagem no manejo da dor em recém-nascidos submetidos à inserção do cateter central de inserção periférica. | Os enfermeiros reconheceram que o RN é capaz de sentir dor, identificaram a inserção do cateter central de inserção periférica como um procedimento doloroso, mas desconsideraram a manipulação do RN como tal. O choro e agitação foram indicados como um sinal de dor no RN e a analgesia foi citada como estratégia para acalmar o RN, permitir a inserção adequada do cateter. As práticas não farmacológicas mais utilizadas foram a sucção não nutritiva, glicose 25% e o contenção facilitada. Um entrave para uso das medidas não farmacológicas citado foi a necessidade de um profissional exclusivamente para o manejo da dor, o que limita a equipe. |
| (13) SILVA, M. G et al.   | Conhecimento das enfermeiras atuantes em unidade de terapia intensiva frente a dor no recém-nascido pré-termo. | 2015 | Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm. | Verificar o conhecimento que os enfermeiros possuem sobre a dor no recém-nascido.   | Enfermeiros reconheceram que o trabalho da equipe integrado aos pais e familiares promove crescimento e desenvolvimento psicoafetivo e neuromotor do RN, que a dor é uma experiência sensitiva e emocional desfavorável ao RN. A escala de dor não era conhecida por parte dos enfermeiros e métodos não farmacológicos mais utilizados foram o método canguru e colo. Sinais premonitórios de dor foram citados o choro, alteração da face, dos sinais vitais e agitação. Enfermeiros referiram o quantitativo profissional, sobrecarga de trabalho e infraestrutura como empecilho para assistência humanizada.  |

| AUTOR                                | TÍTULO  | ANO  | PERIÓDICO          | OBJETIVO  | RESULTADOS  |
|--------------------------------------|---|------|--------------------|---|---|
| (14) COSTA, R.;<br>CORDEIRO,<br>R.A. | Desconforto e dor em recém-nascido: reflexões da enfermagem neonatal.       | 2016 | Rev. Enferm. UERJ. | Promover um processo de reflexão junto à equipe de enfermagem sobre o manejo do desconforto e da dor em recém-nascido.  | Os enfermeiros reconheceram os procedimentos de aspiração, CPAP, intubação e gasometria como os mais dolorosos para o RN, a dor é avaliada pela escala NIPS e como tentativa de amenizar essa dor realizaram os procedimentos em dupla, onde uma pessoa realizava apenas o manejo da dor através da contenção. Ruídos, luminosidade e manipulação foram citados como causadores de dor e estresse. As dificuldades encontradas no manejo da dor neonatal foram a descrença da equipe multiprofissional de que o RN sente dor, reconhecimento dos sinais de dor no RN e a sobrecarga da equipe de enfermagem em reconhecer, avaliar, tratar e monitorar todos os RN's com um número de profissionais reduzido. |
| (15) QUERIDO,<br>D. L. et al.        | Assistance flowchart for pain management in a Neonatal Intensive Care Unit. | 2018 | Rev. Bras. Enferm. | Descrever e discutir o processo de desenvolvimento de um fluxograma construído coletivamente pela equipe de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para o manejo da dor neonatal. | A equipe multiprofissional construiu um protocolo operacional para assistência ao RN com dor. Os enfermeiros consideraram a dor como um 5º sinal vital e assim o mensuravam, antes e depois de cada procedimento, através da escala NIPS. Realizaram o uso de medidas não farmacológicas para manejo da dor sempre que a escala NIPS resultasse em score >4 ou antes de algum procedimento, sendo eles aleitamento materno e posição canguru (sempre que a família estiver presente), sucção não nutritiva, glicose oral, enrolamento, contenção facilitada e diminuição de estímulos ambientais (ruídos, iluminação e diferenças bruscas de temperatura).  |

A partir dos itens a seguir, inicia-se a análise dos dados encontrados neste estudo com as categorias temáticas emergentes dos resultados suprarreferidos.

## 5.2 PERCEPÇÃO DA DOR PELO ENFERMEIRO

**QUADRO 2** - Tratamento dos resultados da categoria temática 2 por estatística simples – taxa percentual.

| <b>CATEGORIA 1: Percepção da dor pelo enfermeiro</b> |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <b>SUBCATEGORIAS</b>                                 | <b>Reconhecimento de que o RN sente dor</b> | <b>Reconhecimento de quais procedimentos e fatores são dolorosos ao RN</b> | <b>Reconhecimento de consequências da dor para o RN</b> |
|  | Sim (66,7%)                                 | Aspiração orotraqueal (26,7%)  | Nenhuma consequência (60%)                              |
|  |   | Luminosidade (26,7%)   |   |
|  |   | Ruído (26,7%)  | Prejuízo ao desenvolvimento (20%)                       |
|  |   | Manipulação (20%)  |   |
|  |   | Intubação traqueal (13,3%)   | Prejuízo ao crescimento (13,3%)                         |
|  |   | Punção venosa (13,3%)  |   |
|  |   | Punção arterial (6,7%)   | Perda de peso (6,7%)                                    |
|  |   | Punção capilar (6,7%)  |   |
|  | Não (33,3%)                                 | Ventilação mecânica pulmonar (6,7%)  | Predisposição a infecções (6,7%)                        |
| Introdução de drenos (6,7%)                          |   |  |   |
| Sondagem gástrica (6,7%)                             |   | Piora do prognóstico (6,7%)  |   |
| Remoção de fitas adesivas (6,7%)                     |   |  |   |
| Punção de calcâneo (6,7%)                            |   | Efeitos deletérios (6,7%)  |   |
| CPAP (6,7%)  |   |  |   |
| Gasometria (6,7%)                                    |   | Efeitos deletérios (6,7%)  |   |
| Cateter central de inserção periférica (6,7%)        |   |  |   |

Fonte: Elaboração própria, 2020

O conhecimento é sempre o primeiro passo para a realização de qualquer tarefa. Conhecer para além de como se executa os procedimentos, é saber como cuidar sem causar dor ou minimizando o seu aparecimento, saber interagir sendo resolutivo e se comunicar sendo presumível com o RN. Se tratando do conhecimento da dor do RN no ambiente da UCIN/UTIN, obteve-se que, na maioria dos estudos (66,7%), os enfermeiros reconhecem que o RN é capaz de sentir dor, no entanto, uma grande quantidade de profissionais ainda encontram-se presos a

defasada teoria de que o RN é imaturo demais para sentir dor, o que demonstra desatualização teórico-científica. Reconheceram alguns dos procedimentos habitualmente mais realizados nesse ambiente de cuidados intermediário e intensivo como dolorosos, no entanto, não referem que a dor a esses fatores e procedimentos são subjetivos e dependem de multiparâmetros, de modo que procedimentos aparentemente indolores e de rotina para algum RN, são potencialmente estressantes e dolorosos para outro. Apesar de reconhecerem a dor, não reconheceram as consequências que ela acarreta ao RN.

Um estudo realizado por Silva et al. (2015) com 7 enfermeiros da UTIN de um hospital público de Aracajú/SE, revelou que grande parte desses enfermeiros não entendiam que o RN sente dor, não sabiam explicar o que era dor nem como ela repercutia no RN. Moretto et al. (2019) em seu estudo com 20 enfermeiros da UTIN de um hospital público de Francisco Beltrão/PR encontrou que esses enfermeiros reconheciam que o RN é capaz de sentir dor, mas não foram capazes de identificar as consequências da dor na vida do RN. Isso demonstra um conhecimento deficientemente limitado sobre a dor em neonatologia, com lacunas que podem estar presentes da formação acadêmica até a formação permanente no ambiente de trabalho.

A atuação do enfermeiro não pode estar centrada em uma única teoria, nem pode ficar estagnada no tempo. O conhecimento científico se configura mutável e aquele profissional que busca sempre estar atualizado no seu contexto de atuação assiste melhor seus pacientes, se torna melhor sucedido e acaba por ganhar maior destaque profissional. Conhecimentos, habilidades e atitudes andam lado a lado na construção de um profissional de sucesso e de uma assistência de excelência (RIBEIRO, 2016).

Talvez a grade curricular dos profissionais de Enfermagem ainda seja falha no que diz respeito a abordagem da dor, em especial da dor em neonatologia, seus aspectos, repercussões e impactos na vida de cada ator social que a vivencia. Talvez o enfermeiro não esteja saindo do seu curso de graduação com a certeza de que vai se deparar com a dor durante todos os seus dias de atuação em Unidades neonatais, e assim, ignore seu aparecimento.

O conhecimento dos profissionais sobre o manejo da dor neonatal pode e deve ser alavancado pela instituição prestadora de serviços, quando ela oferece e incentiva a participação de seus colaboradores em programas educativos, oferecidos no próprio serviço ou em cursos de pós-graduação. Favorecendo assim, o trabalho com práticas baseadas em evidências científicas, rompendo elos com modelos educacionais ultrapassados e depositadores de conhecimento, e privilegiando sempre a educação problematizadora como objeto de transformação do saber profissional (IASP, 2019; FREIRE, 1987; MORETTO et al., 2019).

Cruz et al. (2015) evidenciou através de estudo realizado na UTIN de um hospital público no Rio Grande do Sul que os procedimentos invasivos mais rotineiros no RN são acesso venoso periférico, Sondagem orogástrica, Cateter de PICC e Ventilação Mecânica. No ambiente da UCIN e UTIN são realizados procedimentos de média e alta complexidade, que consequentemente são mais invasivos, entretanto procedimentos simples, não invasivos, também podem se tornar dolorosos a depender do grau de prematuridade, nível de estresse, estimulação sensorio-ambiental, vivencia de procedimentos anteriores, como demonstra Brasil (2013). Procedimentos simples como pesagem, troca de fralda, exame físico, remoção de fitas adesivas dependendo dos diferentes contextos e situações, são provedores de muita dor e estresse (CARBAJAL et al., 2008).

Apesar das orientações do Ministério da Saúde quanto as repercussões negativas da exposição precoce a dor no RN, este estudo constatou que a maioria dos enfermeiros não possuem conhecimento sobre essa temática. Brasil (2013) e Brasil (2017) em seus manuais e Linhares (2016) em seu estudo, referem que a exposição prolongada a dor induz no RN uma cascata de alterações fisiológicas, hormonais e comportamentais, com alteração epigenética e desenvolvimento de um fenótipo pró-inflamatório nas células do sistema imune, repercutindo no desenvolvimento biopsicomotor, nos mecanismos da aprendizagem, elevando a hipervigilância para ameaças, dificultando o estabelecimento de vínculo afetivo duradouro e estável, dificultando as habilidades de interações interpessoais, gerando somatização, elevando a susceptibilidade para doenças crônicas e diminuição do limiar de dor permanente, englobando todas as fases de crescimento e desenvolvimento humano.

### 5.3 AVALIAÇÃO DA DOR PELO ENFERMEIRO

**QUADRO 3** - Tratamento dos resultados da categoria temática 2 por estatística simples – taxa percentual.

| CATEGORIA 2: Avaliação da dor pelo enfermeiro |  |  |  |                                      |
|---|--|--|--|--------------------------------------|
| SUBCATEGORIAS                                 | Reconhecimento de algum método de avaliação da dor no RN | Avaliação da dor no RN com utilização de escala específica | Avaliação da dor no RN de maneira subjetiva        | Frequência de avaliação da dor no RN |
|   | Não (60%)  | Não (66,7%)  | Choro (40%)  | Nunca (60%)                          |
|   |  |  | Mímica facial (33,3%)                              |                                      |
|   |  |  | Agitação (20%)                                     |                                      |
|   | Sim (40%)  | Sim (33,3%)  | Movimentação dos membros (20%)                     | Antes de cada procedimento (20%)     |
| Frequência cardíaca (20%)                     |  |  |  |                                      |
| Frequência respiratória (20%)                 |  |  | Antes, durante e depois de cada procedimento (20%) |                                      |
| Sinais vitais (20%)                           |  |  |  |                                      |

Fonte: Elaboração própria, 2020

Os resultados evidenciaram que na maioria dos estudos envolvidos nesta pesquisa os enfermeiros não conhecem nenhum método de avaliação da dor em neonatologia (60% dos estudos) nem utilizam instrumentos validados, como as escalas (66,7% dos estudos) para essa avaliação. Assim realizam uma avaliação subjetiva e intuitiva da dor, baseada nos comportamentos e sinais vitais do RN. Uma grande parcela de estudos mostra que os enfermeiros nunca avaliam a dor (60%) e entre os que avaliam, poucos seguem a avaliação antes, durante e após cada procedimento.

Quando há o conhecimento teórico e este não caminha lado a lado com o conhecimento prático, ambos se tornam enfraquecidos e obsoletos. A avaliação da dor em neonatologia é o segundo passo - antecedido pelo conhecimento da dor neonatal, para diminuir o subtratamento e negligência da dor do RN.

Dor aguda faz parte dos diagnósticos de Enfermagem no domínio conforto, porém ela ainda é avaliada de maneira muito desordenada e pessoal na Neonatologia, ficando totalmente dependente da sensibilidade de reconhecimento do enfermeiro e da sua experiência. Neste

cenário, a complexa questão de traduzir o conhecimento para a prática, torna o conhecimento deficiente relacionado ao conhecimento insuficiente e/ou interesse insuficiente em aprender, evidenciado por um desempenho inadequado nas suas atribuições no referente ao manejo da dor neonatal (DANTAS, 2018).

Estudos realizados por Barros; Luiz; Mathias (2019) e Monfrim et al. (2015) evidenciam igualmente a triste realidade de ausência de protocolo de avaliação da dor, contribuindo para a solidificação de práticas empíricas e fragmentadas. Contrariamente, o estudo de Lima (2016) ressalta que as escalas de dor são instrumentos facilitadores da prática assistencial, de interação e comunicação entre a equipe de enfermagem e equipe multiprofissional, um elemento facilitador na tomada de direção.

Em um estudo com 17 enfermeiros da UCIN de um hospital público, de Ribeirão Preto-MG, Scochi et al. (2016) evidenciou que os próprios enfermeiros reconheciam que quando a avaliação da dor é feita de maneira desordenada e subjetiva para avaliar padrões comportamentais e fisiológicos de dor, por vezes ela é confundida com outros desconfortos como fome e necessidade de evacuações. Consideram também que quando a avaliação é realizada em apenas um momento do dia, não se torna fidedigna e induz ao erro de toda a equipe na omissão ao manejo da dor. Brasil (2013) afirma que essa imprecisão entre o que se conhece e o que se executa se deve em maior parte pela dificuldade em interpretar a linguagem não verbal da dor no RN, uma vez que é difícil utilizar uma única escala de avaliação da dor validada e confiável para recém nascidos em idades gestacionais, contextos e patologias diferentes. Pensando nisso, os enfermeiros do estudo de Scochi et al. (2016) sugerem uma associação de diferentes escalas, para uma prática mais segura e fundamentada.

As escalas de dor permitem uma descrição padronizada de padrões fisiológicos e comportamentais emitidos pela resposta à dor, para que o diagnóstico seja o mais preciso possível e o tratamento da dor também. Brasil (2013), Balda; Guinsburg (2019) preconiza que a avaliação da dor seja feita com escalas multiparamétricas, de maneira sistemática e regular para que seja considerada como um quinto sinal vital, buscando evidências de sua interação com o ambiente externo. Os padrões comportamentais e fisiológicos evidenciados nos estudos resultantes desta pesquisa por parte dos enfermeiros foram extremamente positivos e estão em consonância com o que é preconizado, apesar de não serem avaliados como deveriam.

## 5.4 ATITUDES NO MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO DA DOR PELO ENFERMEIRO

**QUADRO 4** - Tratamento dos resultados da categoria temática 3 por estatística simples – taxa percentual.

| <b>CATEGORIA 3: Atitudes no manejo não farmacológico da dor pelo enfermeiro</b> |  |   |
|---|--|---|
| <b>SUBCATEGORIAS</b>  | <b>Medidas utilizadas no manejo da dor no RN</b> | <b>Justificativa para o uso das medidas não farmacológicas no manejo da dor no RN</b> |
|   | Soluções adocicadas/ Glicose oral (53,3%)        | Melhorar o prognóstico (6,7%)   |
|   | Sucção não nutritiva (46,7%)                     |   |
|   | Contato pele a pele/Método canguru (40%)         | Reduzir choro (6,7%)  |
|   | Redução de luminosidade (26,7%)                  |   |
|   | Redução de ruídos (26,7%)                        | Reduzir expressão de dor (6,7%)   |
|   | Amamentação (26,7%)                              |   |
|   | Enrolamento/Contenção facilitada (26,7%)         | Reduzir agitação (6,7%)   |
|   | Posicionamento ventral (20%)                     |   |
|   | Colo (6,7%)                                      |   |
|   | Controle de temperatura do ambiente (6,7%)       | Reduzir prejuízos ao desenvolvimento (6,7%)   |
|   | Manuseio mínimo (6,7%)                           |   |
|   | Posicionamento em ninho (6,7%)                   |   |

Fonte: Elaboração própria, 2020.

Os resultados evidenciaram que em pouco mais da metade dos estudos envolvidos nesta pesquisa os enfermeiros praticaram medidas não farmacológicas para alívio da dor neonatal. Destes, soluções adocicadas/ Glicose oral (53,3%), sucção não nutritiva (46,7%), contato pele a pele/Método canguru (40%), redução de luminosidade (26,7%), redução de ruídos (26,7%) e amamentação (26,7%) foram os mais utilizados. Poucas foram as justificativas para a execução de medidas não farmacológicas, estando voltadas totalmente para a ótica do RN - melhorar o prognóstico (6,7%), reduzir choro (6,7%), reduzir expressão de dor (6,7%), reduzir agitação (6,7%), reduzir prejuízos ao desenvolvimento (6,7%).

O uso das medidas não farmacológicas no manejo da dor encontradas neste estudo estão em conformidade com as medidas preconizadas por Brasil (2013) e Brasil (2017). O uso de medidas como sucção não nutritiva, utilização de glicose oral, posicionamento, manuseio mínimo, redução de luminosidade e ruídos e posição canguru também foram evidenciados em estudos de Dantas et al. (2018), Uema (2015), Dames et al.(2016), Prohmann et al. (2019), Silveira (2015), Moretto et al. (2019), Sposito (2016) e Prohmann et al. (2019), destacando ainda

que muitos enfermeiros não conhecem que os procedimentos que realizam para alívio da dor são chamados de não farmacológicos, demonstrando uso de conhecimento empírico e do senso comum, em detrimento do conhecimento científico.

O manejo da dor do RN com uso de medidas não farmacológicas além de empoderar a equipe na tomada de decisão, a torna autônoma da prestação do cuidado. Entretanto, é nesse momento do cuidado que as falhas na avaliação da dor se tornam evidentes e surgem os vieses na assistência ao RN, quando não existe padronizado na instituição prestadora de serviços de saúde um protocolo operacional que envolva medidas de avaliação e manejo da dor.

Dames et al.(2016) encontrou que o manejo clínico da dor não se faz efetivo em decorrência da ausência institucional de protocolos assistenciais voltados para a dor neonatal, sendo impossível tratar o que não é avaliado ou dar continuidade a um tratamento anterior empírico e intuitivo, na maioria das vezes sem comunicação da equipe. Se considerado que essa é uma grande realidade de muitos serviços nacionais, pressupõe-se o quão grave se torna essa questão da subavaliação e subtratamento da dor em Neonatologia.

Os enfermeiros não foram capazes de associar a utilização de medidas não farmacológicas pela equipe de Enfermagem com o ganho de autonomia da equipe e melhora na qualidade da assistência em saúde, demonstrando déficit de conhecimento teórico.

## 5.5 ASSISTÊNCIA HUMANIZADA NO MANEJO DA DOR

**QUADRO 5** - Tratamento dos resultados da categoria temática 4 por estatística simples – taxa percentual.

| <b>CATEGORIA 4: Assistência humanizada no manejo da dor do recém nascido</b> |   |  |
|--|---|--|
| <b>SUBCATEGORIAS</b>   | <b>Comunicação entre a equipe por registros no prontuário</b> | <b>Participação da família ou mais de um membro da equipe durante os procedimentos</b> |
|  | Não (80%)   | Não (73,3%)  |
|  | Sim (20%)   | Sim (26,7%)  |

Fonte: Elaboração própria, 2020.

O ambiente hostil da UCIN e UTIN mesmo com todo seu aparato invasivo, suas tecnologias duras, seu caráter emergencista, não podem ceder lugar a uma assistência humanizada. A equipe de Enfermagem fundamentalmente, precisa manter sua sensibilidade em relação ao RN e suas necessidades, em relação a família, bem como fortalecer o vínculo familiar por hora interrompido, sem deixar de lado a comunicação com a equipe e o registro das atividades executadas, como estratégia de padronização da assistência, fortalecimento e continuidade dos cuidados em saúde, bem como fornecer respaldo legal.

Na esmagadora maioria de estudos resultantes desta pesquisa a participação familiar junto ao RN e aos cuidados da equipe, não foi incentivada e a comunicação entre as equipes de enfermagem e entre a equipe multidisciplinar não foi efetivada por falta de comunicação oral e principalmente falta de registro no prontuário de cada ator social. Essa realidade apesar de também ser evidenciada em outros estudos, como o de Uema (2015), precisa ser superada.

Brasil (2017) alerta que para o desenvolvimento adequado do RN é necessário o equilíbrio entre o suporte das necessidades biológicas, ambientais e familiares. Para tanto, recomenda que deve ser realizada uma adequação da prática assistencial, da postura profissional e do ambiente, que qualifique o atendimento para além do RN e se estenda a família. Assim, torna-se necessário que a disposição para comunicação seja melhorada entre a equipe de enfermagem e as famílias, diminuindo ainda o risco de que paternidade ou maternidade sejam prejudicadas.

Quando o enfermeiro discute com a equipe as melhores estratégias a serem utilizadas para alívio da dor neonatal, sistematiza sua assistência e registra em prontuário a avaliação da dor realizada e as estratégias pela equipe escolhidas para seu manejo, comunica aos pais o

procedimento a ser realizado e as necessidades do RN, estimula a participação da família na realização dos procedimentos, registra as intercorrências do procedimento realizado ou da estratégia de manejo ofertado, surgem vantagens como redução do tempo de separação mãe/pai-filho, facilitação do vínculo afetivo mãe/pai-filho, maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho, redução do estresse e dor, favorecimento ao recém-nascido de uma estimulação sensorial protetora em relação ao seu desenvolvimento integral (COSTA, 2015; RIBEIRO et al., 2016; SILVA et al., 2015; SPOSITO, 2016).

As tecnologias leves do diálogo e da interação social, devem ser incentivadas e facilitadas pela equipe de enfermagem na UCIN e UTIN, uma vez que são indispensáveis para a assistência de humanizada e qualificada, através da informação sobre os procedimentos a serem realizados e estado geral do RN a seus pais e familiares, do incentivo a presença destes no ambiente da UN - principalmente durante a realização de procedimentos dolorosos, do incentivo a amamentação e do contato pele a pele. O olhar assistencial precisa estar voltado para além do ambiente da Unidade Neonatal, uma vez que esse RN após alta hospitalar irá para ao conchego da família, e ambos precisam estar emocionalmente preparados para este momento desde o nascimento, para não comprometer o vínculo e o afeto (MERHY, 2006; BRASIL, 2017).

As falhas de comunicação da equipe de Enfermagem vão ao encontro das dificuldades e falhas encontradas nas unidades de saúde para a sistematização da assistência de Enfermagem (SAE), visto que as anotações de Enfermagem não são realizadas de forma consistente e, por serem segmentadas e incompletas, não retratam a realidade completamente, além de dificultarem a execução de um plano de cuidados baseado em necessidades prioritárias. Frequentemente os registros são realizados de forma subjetiva, sem critérios, não oferecendo todas as informações necessárias para a avaliação dos cuidados prestados, tornando-se um texto de difícil entendimento, formado por frases mal elaboradas, gerando quebra na assistência, perda de informações essenciais para a continuidade do cuidado e dificuldade na assistência de qualidade (CAVEIÃO et al., 2014; FRANÇOLIN et al., 2012).

Para o manejo eficiente da dor e melhora na qualidade de vida do RN hospitalizado, enfermeiros entrevistados no estudo de Sposito (2016) evidenciaram que é necessário que todas as partes envolvidas no cuidado direto e indireto – gestores em saúde, profissionais assistenciais e familiares – estejam engajados com os mesmos objetivos e orientados com conhecimento científico para desenvolverem estratégias de cuidado multidimensionais. O fortalecimento emocional e o apoio de todos os envolvidos são cruciais para que os pais atinjam um alto nível de engajamento nos aspectos relacionados a tomada de decisões na saúde de seus filhos, sendo

essa uma das responsabilidades colocadas por Brasil (2017) para o enfermeiro e que está totalmente relacionada ao seu papel enquanto educador.

## 5.6 LIMITAÇÕES E FACILIDADES NO PAPEL DO ENFERMEIRO PERANTE A DOR DO RECÉM NASCIDO

**QUADRO 6** - Tratamento dos resultados da categoria temática 5 por estatística simples – taxa percentual.

| <b>CATEGORIA 5: Limitações e facilidades no papel do enfermeiro perante a dor do recém nascido</b> |  |  |
|--|--|--|
| <b>SUBCATEGORIAS</b>   | <b>Fatores que limitam a atuação do enfermeiro perante a dor do RN</b>     | <b>Fatores que facilitam a atuação do enfermeiro perante a dor do RN</b> |
|  | Sobrecarga da rotina da equipe (20%)                                       | Maior tempo de assistência (6,7%)  |
|  | Quantitativo profissional (13,3%)  |  |
|  | Conhecimento insuficiente (13,3%)  |  |
|  | Inabilidade técnica (6,7%)   |  |
|  | Despreparo emocional dos pais (6,7%)                                       |  |
|  | Falta de comunicação dentro da equipe multiprofissional (6,7%)             |  |
|  | Falta de harmonia dentro da equipe multiprofissional (6,7%)                | Maior preocupação (6,7%)   |
|  | Falta de protocolos institucionalizados para manejo da dor neonatal (6,7%) |  |
|  | Falta de capacitação (6,7%)  |  |
|  | Infraestrutura inadequada (6,7%)   |  |
|  | Descrença da equipe multiprofissional de que o RN sente dor (6,7%)         |  |
|  | Dificuldade de reconhecimento dos sinais de dor no RN (6,7%)               |  |

Fonte: Elaboração própria, 2020.

Os estudos resultantes desta pesquisa evidenciaram que a atuação do enfermeiro na UCIN e UTIN está envolta por fatores facilitadores e limitantes diversos, sendo as limitações a grande maioria. Esses fatores limitantes estão atrelados a problemas de ordem individual - Conhecimento insuficiente (13,3%), inabilidade técnica (6,7%), falta de capacitação (6,7%), dificuldade de reconhecimento dos sinais de dor no RN (6,7%) – de ordem da equipe de saúde - sobrecarga da rotina da equipe (20%), quantitativo profissional (13,3%), falta de comunicação dentro da equipe multiprofissional (6,7%), falta de harmonia dentro da equipe multiprofissional (6,7%), descrença da equipe multiprofissional de que o RN sente dor (6,7%) – de ordem institucional - Falta de protocolos institucionalizados para manejo da dor neonatal (6,7%), Infraestrutura inadequada (6,7%) e de ordem familiar do RN - Despreparo emocional dos pais (6,7%). As facilidades estiveram relacionadas aos fundamentos de Enfermagem -

maior tempo de assistência ao lado do paciente (6,7%) e maior preocupação da equipe de Enfermagem com a dor do RN em relação as demais equipes (6,7%).

Estudos realizados com equipes de enfermagem em diversas cidades do Brasil realizados por Azevedo et al. (2017), Cordeiro e Costa (2015), Dames et al. (2016), Lima (2016) Marcondes et al. (2017), Martins, Enumo e Paula (2016) e Silva (2017) evidenciaram que este contexto de limitações não estão restritos a localidades específicas, mas são comuns em muitas Unidades Neonatais. Nesses estudos os enfermeiros evidenciaram que a falta de conhecimento, às crenças de que a dor é inerente ao cuidado dispensado pela enfermagem, a organização do trabalho com o desvio de funções da equipe de Enfermagem, a ausência de protocolos de rotina e treinamento profissional, dificultam o trabalho do enfermeiro na UCIN e UTIN. Os enfermeiros não se sentiam aptos e capacitados quanto à avaliação da dor e seu manejo clínico, alegando deficiências no processo de formação profissional de graduação e pós-graduação bem como de atuação profissional, onde os aspectos relacionados a dor em Neonatologia não integraram o componente curricular de sua formação, identificando a necessidade de educação permanente para a prática de uma assistência segura e humanizada, evitando a dor e reduzindo seus danos.

O estado emocional e habilidades de reconhecimento do estresse e dor do RN por parte dos pais também foi identificado por Soares *et al.* (2017), evidenciando que esses costumavam estar centrados apenas no parâmetro do choro como demonstração de dor. Esse despreparo dos pais reflete indiretamente também a dificuldade do enfermeiro em instrumentalizar os pais na identificação de alterações comportamentais e fisiológicas e na dispensação de cuidado com embasamento científico, fortalecendo a rede de cuidado e empoderando a família como agente possibilitante de transformação.

É certo que o enfermeiro assume perante a equipe de assistência multiprofissional a saúde, um encargo maior de atribuições em detrimento da sua presença permanente ao lado de cada ator social, realizando além dos atributos comuns a toda a equipe de saúde, mas também o que determina a Lei nº 7.498/86 - que regulamenta o exercício profissional da enfermagem – garantindo respaldo para realização de encargos que privativamente lhe é designado, a prestar cuidado direto de enfermagem a pacientes graves com risco de vida, cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas, que encontram-se claramente evidenciados em grande número no ambiente da UCIN e UTIN. Acumulando assim, atribuições administrativas, assistenciais e educativas, traduzindo-se em planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação

dos serviços da assistência de enfermagem, além de ser o principal elo entre o paciente e as demais equipes de assistência à saúde (BRASIL, 1986).

A falta de capacitação e qualificação específica sobre a dor neonatal pode limitar a implementação de intervenções efetivas para o alívio da dor na prática clínica. Uma vez que a estruturação do conhecimento teórico, consolida condições para o conhecimento prático. Cabe a ser pensado se o incentivo ao desenvolvimento profissional vem sendo alimentado por parte de cada enfermeiro e mais ainda de cada instituição prestadora de cuidados, bem como a busca por uniformização de condutas para a realidade de cada UCIN/UTIN e cada RN, através de um plano de cuidados com ações de boas práticas embasadas em evidência científica, para organizar e qualificar a assistência ao RN, sanando coletivamente dificuldades em todos os âmbitos.

Elementos-chaves das diretrizes curriculares para o ensino sobre dor são destacadas por IASP (2019) e envolvem: boas práticas de manejo da dor na atenção à saúde, padrões escritos para avaliação da dor, políticas e protocolos bem estabelecidos, oportunidades de educação permanente para a equipe multiprofissional de saúde e um sistema para avaliar regularmente os esforços no avanço da qualidade da assistência prestada. Essas diretrizes precisam serem adotadas com efetividade para garantia da qualificação e preparo profissional na tentativa de sanar fragilidades assistenciais.

Os protocolos operacionais, quando construídos em conjunto e segundo as especificidades ambientais e profissionais da UN, garantem segurança na tomada de decisões da equipe, sistematização da assistência de enfermagem ao RN e sua família, melhora na comunicação entre as equipes de saúde, redução dos vieses assistenciais e da negligência ou subtratamento da dor, efetivação do vínculo familiar, minimização na exposição do RN a dor e favorecimento do seu crescimento e desenvolvimento saudáveis, uma vez que para cada procedimento invasivo ou não, são sugeridas as melhores condutas e tratamentos, incluindo estratégias não farmacológicas e sua justificativa cientificamente comprovada (BRASIL, 2013; CORDEIRO, COSTA, 2015).

## 6 CONCLUSÕES

O trabalho consegue atingir o objetivo proposto, contribuindo, com base na literatura científica nacional, para a reflexão crítica, uma vez que foi capaz de evidenciar o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a dor, suas estratégias de avaliação e manejo não farmacológico no ambiente das UN de média e alta complexidade, bem como a descrição das estratégias adotadas para humanização da assistência pelos enfermeiros e as principais facilidades e dificuldades encontradas durante sua assistência ao RN e sua família.

Conhecer a realidade dos diversos ambientes de pesquisa através desta revisão integrativa permitiu identificar que apesar dos avanços nos estudos e reconhecimento da dor neonatal como um quinto sinal vital, ainda há muito a ser alcançado.

Os conhecimentos dos enfermeiros em relação ao reconhecimento de que o RN é capaz de sentir dor, de que além dos procedimentos invasivos os não invasivos também causam dor e as consequências drasticamente negativas dessa dor para o RN, ainda se encontram limitados. Enquanto esses conhecimentos continuam fragilizados e esmaecidos, a prática de avaliação da dor do RN continua sendo realizada de maneira subjetiva, fragmentada, e em uma frequência extremamente baixa, visto que as práticas de manejo não farmacológico não se encontram bem sedimentadas e não dedicam-se devidamente aos aspectos sensório-ambientais e aos procedimentos não invasivos conforme as recomendações apontadas pela literatura científica.

Além disso, a assistência de enfermagem no ambiente das UN tem se tornado mais fria e menos humana, na proporção que a comunicação entre a equipe e os registros da dor, sua avaliação e tratamento no prontuário do RN, bem como a participação direta da família nos cuidados ao RN não são incentivados, nem seguem as recomendações apontadas pela literatura científica e pela política de atenção à saúde, sendo negligentes a dor, comprometendo a continuidade do cuidado integral e multiprofissional.

É sabido que não é fácil a atitude do enfermeiro perante a dor do RN por limitações multifatoriais, que envolvem o próprio enfermeiro, a equipe de Enfermagem, a Unidade Neonatal, os pais/familiares e a expressão de dor pelo RN. Porém, quando estratégias de otimização da qualidade assistencial a dor do RN são tomadas em conjunto, as mudanças atingem a todos os níveis dos fatores que limitam essa atuação, trazendo a excelência em conhecimentos e boas práticas.

Nessa perspectiva, sugere-se mudanças na formação acadêmica dos enfermeiros, desenvolvimento de programas de educação permanente nas UN, implementação de um modelo de gestão institucional pautada em indicadores de qualidade, tais como elaboração de

rotinas/diretrizes/protocolos para prevenção e controle da dor neonatal e a implementação de ferramentas para instrumentalização dos enfermeiros na avaliação efetiva da dor, sistematização dos cuidados ao RN e engajamento da equipe multiprofissional em um cuidado multidimensional e contínuo, uma vez que todo profissional da equipe de assistência à saúde neonatal precisa de valorização, enquanto profissional de enfermagem que é, e atuação ativa na equipe de saúde e na construção de novos conhecimentos e atitudes sedimentadas em evidências científicas.

Considerou-se como limitação deste estudo a escassez de artigos científicos que abordem a temática estudada. Ademais, os resultados alcançados ampliam a produção científica acerca da temática, fornecem evidências como adjutório para o cuidado ao RN nas Unidades de cuidado Neonatal de média e alta complexidade, podendo contribuir para humanização e qualificação da assistência de Enfermagem, despertando olhares para a realização de novos estudos.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, H. C. C. *et al.* Seja Doce com os Bebês: avaliação de vídeo instrucional sobre manejo da dor neonatal por enfermeiros. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 52, n. 13, 2018.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Fetus and Newborn. Section on Anesthesiology and Pain Medicine. Prevention and Management of Procedural Pain in the Neonate: An Update. **Pediatrics**, [S.l.], v. 137, n. 2, 2016.

ANAND, K. J. S. The neuroanatomy, neurophysiology, and neurochemistry of pain, stress, and analgesia in newborns and children. **Pediatric clinics of North America**, [S.l.], v. 36, n. 4, p. 795-822, 1989.

ANAND, K.J.S. *et al.* Acute Pain Management in Newborn Infants. **IASP**, Seattle, v. 19 n. 6, dez. 2011.

AZEVEDO, N.F. *et al.* Conhecimento da equipe de enfermagem sobre a dor do recém-nascido. **Brazilian journal of pain**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 331-335, dez. 2019.

BALDA, R.C.X.; GUINSBURG, R. A linguagem da dor no recém-nascido. **Sociedade brasileira de Pediatria**, Rio de Janeiro, dez. 2018.

BALDA, R.C.X.; GUINSBURG, R. Avaliação e tratamento da dor no período neonatal. **Sociedade brasileira de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 9. n.1, p. 1-10, abr. 2019.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70 LDA, 2016.

BARROS, M.M.A.; LUIZ, B.V.S.; MATHIAS, C.V. A dor como quinto sinal vital: práticas e desafios do enfermeiro em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Brazilian journal of pain**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 232-236, set. 2019.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília (DF), de 26 de junho de 1986. Seção I - fls. 9.273 a 9.275.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CARBAJAL, R. et al. Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. **JAMA**, [S.l.], v. 300, n. 1, p. 60-70, 2008.

CASP. **Critical Appraisal Skills Programme**. Great Ormond Street Hospital for Children. mar. 2011.

CAVEIÃO, C. *et al.* Anotações de enfermagem na perspectiva de auxiliares de enfermagem. **Rev. enferm. UFSM**, Santa Maria, v.4, n.2, p. 401-409, jun. 2014.

CHRISTOFFEL, M. M. *et al.* Conhecimento dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor neonatal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 3, p. 552-558, 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. 24, n. 1, p. 185- 192, mar. 2015.

COSTA, K. F. *et al.* Clinical management of pain in the newborn: perception of nurses from the neonatal intensive care unit. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 1, p. 3758-3769, jan. 2016.

COSTA, R.; CORDEIRO, R.A. Desconforto e dor em recém-nascido: reflexões da enfermagem neonatal. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 1-6, jan. 2016.

COSTA, T. 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. 155 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de pós-graduação em Enfermagem, USP, São Paulo, 2015.

COSTA, T. *et al.* Conhecimento e práticas de enfermeiros acerca do manejo da dor em recém-nascidos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 51, n.10, p. 51-59, abr. 2017.

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. 7, n. 9, p. 04-11, jul. 2015.

DAMES, L.J.P. et al. Conhecimento do enfermeiro acerca do manejo clínico da dor neonatal: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 15, n. 3, p. 393 - 403, jun. 2016.

DAMES, L.J.P. *et al.* Conocimiento de enfermería sobre el manejo clínico del dolor neonatal: estudio descriptivo. **Online braz j nurs**, v. 15, n. 3, p. 393-403, set. 2016.

DANTAS, J. M. et al. Manejo da dor neonatal pela equipe de Enfermagem: Uma prática assistencial sedimentada?. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 8, n. 2, p. 209-224, jun. 2018.

FITZGERALD, M. The development of nociceptive circuits. **Nature reviews: Neuroscience**, [S.l.], v. 6, n. 7, p. 507-520, 2005.

FRANÇOLIN, L. *et al.* A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 79-83, mar. 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17<sup>o</sup> ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREITAS, Z. M. P.; PEREIRA, C. U.; OLIVEIRA, D. M. P. Escalas para avaliação de dor em neonatologia e sua relevância para a prática de enfermagem. **Pediatria Moderna**, Sergipe, v. 68, n. 1, jan, 2012.

GOLIANU, B. *et al.* Non-pharmacological techniques for pain management in neonates. **Semin. Perinatol.**, New York, US, v. 31, n. 5, p. 318-322, 2007.

HALL, R. W.; ANAND, K. J. S. Pain Management in Newborns. **Clinics perinatology**, [S.l.], v. 41, n. 4, p. 895-924, 2014.

HATFIELD, L. A. Neonatal pain: What's age got to do with it?. **Surgical Neurology International**, [S.l.], v. 5, p. 479-489, 2014.

HUMMEL, P.; LAWLOR-KLEAN, P.; WEISS, M. G. Validity and reliability of the N-PASS assessment tool with acute pain. **Journal of Perinatology**, [S.l.], v. 30, n. 7, p. 474-478, 2010.

IASP. **Curriculum Outline on Pain for Nursing**. Washington, 2019.

KEGLER, J. J. *et al.* Manejo da dor na utilização do cateter central de inserção periférica em neonatos. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1-7, 2016.

LÉLIS, A.L.P.A. *et al.* Cuidado Humanístico e Percepções de Enfermagem Diante da Dor do Recém-Nascido. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, dez. 2011.

LIMA, V.L. Implementação de escala para avaliação da dor em unidade neonatal. 45 f. Trabalho de conclusão de curso, Curso de Graduação em Enfermagem e Licenciatura, UFF, Niterói, 2016.

LINHARES, M.B.M. Estresse precoce no desenvolvimento: impactos na saúde e mecanismos de proteção. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 33, n. 4, p. 587-599, dez. 2016.

LOPES, J.M.C. **Fisiopatologia da dor**. Permanyer Portugal: Lisboa, 2003.

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

MARCONDES, C. *et al.* Conhecimento da equipe de enfermagem sobre a dor no recém-nascido prematuro. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 11, n. 9, p. 3354-3359, set. 2017.

MARTINS, S.W.; ENUMO, R.S.F.; PAULA, K.M.P. Manejo da dor neonatal: Influência de fatores psicológicos e organizacionais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 33, n. 4, p. 633-644 dez. 2016.

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.

MERHY E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 2006.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

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, mar. 2015.

MORETTO, L. C. A. *et al.* Dor no recém-nascido: perspectivas da equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva neonatal. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 23, n. 1, p. 29-34, abr. 2019.

MOTTA, G. C. P.; 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, 2015.

NÓBREGA, A. S. M. *et al.* Tecnologias de enfermagem no manejo da dor em recém-nascidos na unidade de terapia intensiva neonatal. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 9, n. 2, p. 66-72, nov. 2018.

OLIVEIRA, A. et al. **Desenhos da Minha Dor**. 1º ed. Porto: Associação portuguesa de estudos da dor, 2018.

OLIVEIRA, I.M. *et al.* Conhecimento e atitude dos profissionais de enfermagem sobre avaliação e tratamento da dor neonatal. **Rev. Eletr.Enf.**, v. 18, n. 1, p. 1-11, jun. 2016.

PROHMANN, A.C. et al. O Uso De Métodos Não Farmacológicos Para Alívio Da Dor Neonatal Pela Equipe De Enfermagem. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 13, n. 14, p. 49 - 63, 2019.

QUERIDO, D. L. *et al.* Assistance flowchart for pain management in a Neonatal Intensive Care Unit. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1281-1289, 2018.

QUERIDO, D.L *et al.* Perceptions of professionals on neonatal pain: a descriptive study. **Online Braz j Nurs**, v. 16, n. 4, p. 420-430, ago. 2018.

RIBEIRO, J.F. *et al.* O prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal: a assistência do enfermeiro. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 10, n. 10, p. 3833-3841, out. 2016

ROCHA, A.P.C. *et al.* Dor: aspectos atuais da sensibilização periférica e central. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 57, n. 1, p. 94-105, Fev. 2007 .

SAUGSTAD, O. D. Oxidative stress in the newborn a 30 year perspective. **Biol Neonate**, v. 88, n. 3, p. 228-36, 2005.

SCOCHI, C.G.S. *et al.* A dor na unidade neonatal sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem de um hospital de Ribeirão Preto-SP. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 2, p. 188-194, Abr. 2016.

SILVA, G. Avaliação e manejo da dor neonatal: contribuições da Enfermagem. 271 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de pós-graduação em Gestão do cuidado em Enfermagem, UFSC, Florianópolis, 2017.

SILVA, G.M. *et al.* Conhecimento das enfermeiras atuantes em Unidade de Terapia Intensiva frente a dor no recém-nascido pré-termo. **Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería**, Buenos Aires, v. 5, n. 1, p. 47 - 55, 2015.

SILVA, M. G *et al.* Conhecimento das enfermeiras atuantes em unidade de terapia intensiva frente a dor no recém-nascido pré-termo. **Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.**, Madrid, v. 5, n. 1, p. 47-55, 2015.

SILVEIRA, A.L.D. O uso da glicose 25% e sucção não nutritiva no alívio da dor do pré-termo submetido a punção do calcanhar: Um ensaio clínico. 180 f. Tese (doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFRJ, Rio de Janeiro, 2015.

SOARES, A.C.O. *et al.* Dor em unidade neonatal: conhecimento, atitude e prática da equipe de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 21, n. 2, p. 1-10, jun. 2016.

SOARES, M.F.E. *et al.* Dor no recém-nascido na percepção da mãe. **Revista dor**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 338-341, dez. 2017.

SPOSITO, N. P. B. *et al.* Avaliação e manejo da dor em recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: estudo transversal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 29, jun. 2017.

SPOSITO, N.P.B. Prevalência e manejo da dor em recém nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Estudo longitudinal. 155 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de pós-graduação em Enfermagem, USP, São Paulo 2016.

STILLWELL, S. *et al.* Evidence-based practice: step by step. **American journal of nursing**. Estados Unidos da América, v.110, n. 5, p. 7-41, 2010.

UEMA, R.T.B. Manejo não farmacológico da dor em unidade de terapia intensiva neonatal: Considerações sobre a prática assistencial do enfermeiro. 2015. 91 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UEM, Maringá, 2015.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Born Too Soon. The Global Action Report on Preterm Birth**. WHO, Genéva, 2012.