

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO
ITAJAÍ – UNIDAVI**

ALEXANDRE GABRIEL SAMULEWSKI

DOR NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO INTERNADO NA UTI NEONATAL

Rio do Sul

2021

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO
ITAJAÍ – UNIDAVI**

ALEXANDRE GABRIEL SAMULEWSKI

DOR NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO INTERNADO NA UTI NEONATAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Área de Ciências Biológicas Médica e da Saúde do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, como pré-requisito parcial para a conclusão de graduação em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Joice Terezinha Morgenstern.

Rio do Sul

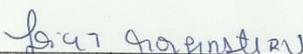
2021

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE
DO ITAJAÍ – UNIDAVI**

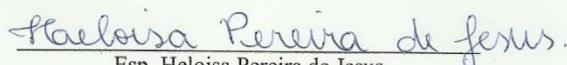
ALEXANDRE GABRIEL SAMULEWSKI

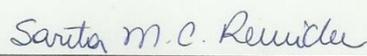
DOR NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO INTERNADO NA UTI NEONATAL

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Enfermagem da Área de Ciências
Biológicas Médica e da Saúde do Centro
Universitário para o Desenvolvimento do Alto
Vale do Itajaí, a ser apreciado pela banca
examinadora, formada por:


Orientadora/ Profa. Joice Morgenstern

Banca examinadora:


Esp. Heloisa Pereira de Jesus


Me. Sarita Martins Camiña Reinicke

Rio do Sul, novembro de 2021.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me proporcionado esta oportunidade, por toda a força e bênçãos durante estes últimos anos, para assim, conseguir alcançar meus objetivos e este importante sonho.

Aos meus pais Lucélia e Daniel, e meus avós Maria e Florentino, por todo esse apoio, compreensão e parceria, por serem o pilar onde pude me alicerçar para construir com toda a segurança o caminho que escolhi seguir. Além dos ensinamentos de valores de vida e incentivo sempre aos estudos, mostraram a importância de correr atrás dos meus sonhos.

A professora Enfermeira Joice Terezinha Morgenstern, por suas orientações, paciência e conselhos, me direcionou sempre no decorrer desta pesquisa e contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional. Além de me despertar no período da graduação o grande interesse pela área da pediatria e neonatologia, sendo um grande exemplo de comprometimento, dedicação e ética na sua profissão.

Aos profissionais de saúde, Enfermeiras e Técnicas de Enfermagem, que participaram da pesquisa de maneira voluntária, e que nestes últimos meses me ensinaram muito sobre esta área encantadora. Sempre pacientes, mostraram o valor e a importância da Enfermagem diariamente.

Aos colegas de turma, pela convivência, companheirismo e compartilhamento de experiências.

A enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto á obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes, poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

Florence Nightingale

RESUMO

Com a temática de dor em recém-nascidos pré-termo (RNPT) internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a presente pesquisa destina-se a avaliar, expor, destacar e consolidar de forma narrativa voltada ao setor acadêmico, fundamentada em uma pesquisa através de coleta de dados realizada em uma instituição hospitalar de referência em atendimentos de neonatologia na região do Alto Vale do Itajaí/SC, quanto ao tema “Dor no Recém-Nascido Pré-Termo internado na UTI Neonatal”. A pesquisa realizada permitiu com que os profissionais de enfermagem conseguissem expressar seus conhecimentos e dificuldades perante ao tema, de acordo com suas ações de enfermagem que forneceram subsídios para esta pesquisa. Trata-se esta exposição acadêmica uma pesquisa exploratória descritiva com uma abordagem qualitativa, tendo como objetivo geral, analisar o manejo da dor no recém-nascido pré-termo em unidades de terapia intensiva neonatal na visão da equipe de enfermagem e os objetivos específicos, verificar os saberes e práticas da equipe de enfermagem frente ao reconhecimento dos sinais sugestivos de dor nos recém-nascidos pré-termo. Foram entrevistados 15 (quinze) profissionais, sendo enfermeiras e técnicas de enfermagem, atuantes no setor de neonatologia do hospital. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Instituição de Ensino Superior UNIDAVI - Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, sediada no município de Rio do Sul no estado de Santa Catarina, através do parecer de número 4.796.559. A coleta de dados foi realizada de modo individual, utilizando dez questões, sendo cinco fechadas e cinco abertas, de um questionário previamente estruturado desenvolvido pelo autor. Os dados foram organizados conforme a análise de conteúdo descrita por Bardin, em conjunto com a teórica de enfermagem Katharine Kolcaba e sua teoria do conforto, onde foram elegidas três categorias de avaliação dos dados, sendo: Categoria 1 Saberes e práticas da equipe de enfermagem frente aos sinais de dor nos RNPT, categoria 2 Reconhecimento da dor no RNPT, categoria 3 Tratamento da dor no RNPT. Ao término das devidas exposições acerca do tema e sobre o que se propõe a pesquisa realizada, intenta-se restar as medidas utilizadas pelos profissionais de enfermagem atuantes em uma UTIN sobre os meios utilizados na avaliação da dor, sobre a carência encontrada no conhecimento e utilização das escalas específicas que abrangem este tema, os métodos de tratamento e alívio da dor dos RNPT. Restará demonstrado a importância que cabe a instituição e aos seus profissionais atuarem de modo mais eficaz de acordo com as técnicas disponíveis, melhorando cada vez mais seus serviços a favor de uma melhor, mais ampla e plena qualidade de vida aos RNPT.

Palavras-chave: Dor. Enfermagem. Recém-nascido pré-termo.

ABSTRACT

With the theme of pain in preterm newborns (PTNB) hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU), this research aims to measure, expose, highlight and consolidate in a narrative form aimed at the academic sector, based on research through data acquisition carried out in a neonatology care reference hospital in the region of Alto Vale do Itajaí/SC, on the theme "Pain in Preterm Newborns admitted to the Neonatal ICU". The research was carried out exclusively through individual interviews, using a personal questionnaire, with open-ended and closed-ended questions, allowing nursing professionals to express their knowledge and difficulties regarding the topic, according to their nursing actions that provided subsidies for this research. This academic exposition is exploratory descriptive research with a qualitative approach, with the general objective of analyzing pain management in preterm newborns in neonatal intensive care units from the perspective of the nursing team and the specific objectives, Verify the knowledge and practices of the nursing team regarding the recognition of suggestive signs of pain in preterm newborns; 15 (Fifteen) professionals were interviewed, including nurses and nursing technicians, working in the hospital's neonatology sector. The study was approved by the ethics committee of the UNIDAVI Higher Education Institution - University Center for the Development of Alto Vale do Itajaí, headquartered in Rio do Sul, Santa Catarina, through the opinion number 4,796,559. Data acquisition was carried out individually, using ten questions, five closed-ended and five open-ended, from a previously structured questionnaire developed by the author. Data were organized according to the content analysis described by Bardin, together with theorist nursing Katharine Kolcaba and her comfort theory, where these three categories of data evaluation were chosen, as follows: Category 1 Knowledge and practices of the nursing team front to pain signs in PTNB, category 2 Pain recognition in PTNB, category 3 Pain treatment in PTNB. At the end of due exposures on the topic and on what the research is a move to do, we intend to review the measures used by nursing professionals working at NICU on the means used in pain assessment, on the lack found in knowledge and use of the specific scales that cover this topic, the methods of treatment and pain relief of PTNB. The importance of the institution and its professionals to act more effectively by the available techniques will still be demonstrated, improving their services increasingly in favor of a better, broader, and fuller life quality for PTNBs.

Keywords: Nursing. Pain. Preterm newborn.

LISTA DE ABREVIATURAS

BIIP	<i>Behavioral Indicators of Infant Pain</i>
BPS	Escala Escore Comportamental da Dor
CEP	Comissão de Ética em Pesquisa
EDIN	Échelle Douleur Inconfort
NIPS	Escala de dor no recém-nascido
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIPP	Perfil de dor neonatal prematuro
PT	Pré-termo
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido pré-termo
RNs	Recém-nascidos
SC	Santa Catarina
SES	Secretaria do Estado da Saúde
UNIDAVI	Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
UTI	Unidade de terapia intensiva
UTIN	Unidade de terapia intensiva neonatal
UTIs	unidades intensivas de tratamento

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categorias temáticas.....	46
Quadro 2 – Representação da temática 1 á luz da Teoria de Kolcaba	47
Quadro 3 – Representação da temática 2 á luz da Teoria de Kolcaba.....	52
Quadro 4 – Representação da temática 3 á luz da Teoria de Kolcaba	57

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (NFCS)	26
Figura 2 – Escala do Perfil de Dor do Recém-Nascido Prematuro (PIPP)	26
Figura 3 – Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale	27
Figura 4 – Behavioral Indicators of infant Pain	28
Figura 5 – Neonatal Infant Pain Scale	29
Figura 6 – Escore para a Avaliação da Dor Pós-Operatório do Recém-Nascido	30
Figura 7 – Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né.....	30
Figura 8 – Escalas de dor de acordo com a idade gestacional e a duração da dor	31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 NEONATOLOGIA E PREMATURIDADE.....	15
2.2 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: CARACTERÍSTICAS GERAIS	16
2.3 DOR NEONATAL	17
2.3.1 RESPOSTA À DOR OU AO ESTRESSE	19
2.3.2 EXPERIÊNCIAS DOLOROSAS	19
2.3.3 CONSEQUÊNCIA DA DOR NO RECÉM-NASCIDO	20
2.4 INDICADORES COMPORTAMENTAIS	20
2.5 PARÂMETROS FISIOLÓGICOS E HORMONAIS	21
2.6 AVALIAÇÃO DA DOR EM NEONATOLOGIA.....	22
2.6.1 ESCALAS PARA AVALIAÇÃO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO	22
2.6.2 NEONATAL FACIAL CODING SYSTEM (NFCS)	23
2.6.3 PREMATURE INFANT PAIN PROFILE (PIPP)	24
2.6.4 NEONATAL PAIN AGITATION AND SEDATION SCALE (N-PASS)	25
2.6.5 BEHAVIORAL INDICATORS OF INFANT PAIN (BIIP)	26
2.6.6 NEONATAL INFANT PAIN SCALE (NIPS)	27
2.6.7 CRYING REQUIRES INCREASED OXYGEN ADMINISTRATION, INCREASED VITAL SIGNS, EXPRESSION, SLEEPLESSNESS (CRIES)	27
2.6.8 ÉCHELLE DOULEUR INCONFORT NOUVEAU-NÉ (EDIN)	28
2.6 ABORDAGEM DA DOR EM RECÉM-NASCIDO	29
2.6.1 REDUÇÃO DE EVENTOS DOLOROSOS	30
2.6.2 INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS	30
2.6.3 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO	32
2.8 PAPEL DA ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA DOR NA NEONATOLOGIA	34
2.9 TEORIA DO CONFORTO DE KATHARINE KOLCABA	35
3 METODOLOGIA	38
3.1 MODALIDADE DA PESQUISA	38

3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	39
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA	39
3.4 ENTRADA NO CAMPO	40
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA.....	40
3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS DA PESQUISA	41
3.7 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	43
3.8 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	43
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	44
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO.....	45
4.2 SABERES E PRÁTICAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AOS SINAIS DE DOR NOS RNPT	45
4.3 RECONHECIMENTO DA DOR NO RNPT	50
4.4 TRATAMENTO DA DOR NO RNPT.....	55
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS.....	64
APÊNDICE.....	70
ANEXOS	71

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa trata-se de um levantamento acadêmico e científico acerca do conhecimento dos profissionais de enfermagem atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, sobre a dor em recém-nascidos pré-termo. Visando expor as experiências destes profissionais sobre os seus saberes, reconhecimento e medidas de tratamento ao RNPT.

Visto que a enfermagem está à frente nos cuidados de maneira integral, estes profissionais devem estar habilitados e sensibilizados para identificar os sinais de dor que o RNPT pode vir a apresentar durante seu tratamento e internação, levando em consideração a maior barreira que eles apresentam, ou seja, o não desenvolvimento da fala.

No presente estudo, propõe-se realizar a avaliação das respostas obtidas sobre esta temática, pretendendo elencar fatos importantes e significativos encontrados nas falas dos profissionais. O objetivo geral foi analisar o manejo da dor no recém-nascido pré-termo em unidades de terapia intensiva neonatal na visão da equipe de enfermagem, e os objetivos específicos foram: verificar os saberes e práticas da equipe de enfermagem frente ao reconhecimento dos sinais sugestivos de dor nos recém-nascidos pré-termo e reconhecer as intervenções de enfermagem realizadas no alívio da dor nos RNPT.

A coleta em campo ocorreu durante o período de agosto a setembro de 2021, em um Hospital Geral que atende este público em específico, no município de Rio do Sul/Santa Catarina.

A pesquisa de um modo geral destinou-se ao cumprimento de um papel científico e também acadêmico, que visa atingir e abranger todos os profissionais de enfermagem atuantes na área da Neonatologia, estudantes e pessoas interessadas sobre esta temática. Além disso, possui uma função social de modo a abranger uma melhor compreensão ao RNPT e seus familiares de modo mais humanizado.

Atualmente o princípio de humanização tem se tornado cada vez mais presente na maioria das profissões, com destaque nas áreas da saúde, que visa o atendimento de pessoas enfermas. Isso ocorre devido ao crescimento da preocupação social quanto ao bem estar e o cuidar.

Devido ao fato de que no Brasil conforme dados do Ministério da Saúde (2020), cerca de 340 mil bebês nascem prematuros todos os anos, o que corresponde a 931 nascimentos de RNPT por dia, esta temática se torna de um grande valor, pois leva em consideração a sobrevivência destes pacientes e a diminuição da mortalidade infantil, a partir de métodos que podem ser facilmente adotados pela equipe de enfermagem.

Em consequência aos altos índices de prematuridade e internação de RNPT no Brasil, avaliar a forma com que os profissionais de enfermagem manejam estes recém-nascidos com dor são relevantes, visto que estes profissionais, possuem como objetivo o cuidado com o paciente, mantendo seu bem estar de maneira integral.

Outro fator apontado foi o desconhecimento de alguns profissionais sobre os meios de avaliação de dor nos RNPT, métodos estes seguros e confiáveis através das escalas, o que implica na atuação dos mesmos de maneira muito tecnicista e por vezes desatualizada.

A pesquisa exploratória descritiva e com abordagem qualitativa, utiliza como recurso o questionário previamente estruturado, destacando pontos relevantes sobre o tema proposto, sendo dirigidos a todas as entrevistas que ocorrerem, após a validação das possíveis respostas aos problemas elencados, seguido assim a proposta de análise de conteúdo descrita por Bardin, a teoria de conforto composta por Katharine Kolcaba e a literatura vigente.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 NEONATOLOGIA E PREMATURIDADE

Define-se neonatologia (palavra oriunda do latim: *neo*=novo; *nat*=nascimento; *logia*=estudo) como uma vertente da pediatria responsável por tratar crianças desde o nascimento até os 28 dias de idade, período em que deixam de ser consideradas recém-nascidos e passam a ser denominadas lactentes (FERREIRA, 1999). Esta especialidade é habitualmente praticada em unidades intensivas de tratamento (UTIs), sendo que a neonatologia trata recém-nascidos que apresentam: baixo peso ao nascer, prematuros, atraso de crescimento intrauterino, malformações congênicas, sepse asfíxia ao nascimento entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

São considerados pré-termo (PT) os bebês que nascem antes das 37 semanas da idade gestacional, segundo definição da Organização Mundial da Saúde. Esses pacientes (em especial os PTs extremos) apresentam um risco maior de complicações no período neonatal se comparados aos recém-nascidos (RNs) a termo (COSTA; FRIEDRICH, 2014).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2017), subgrupos de risco podem ser categorizados de acordo com a idade gestacional do recém-nascido sendo descritos como: Pré-termo, menor que 37 semanas e 0 dias; pré-termo tardio, entre 34 semanas e 0 dias e 36 semanas e 6 dias; pré-termo moderado (ou moderadamente pré-termo), 32 semanas e 0 dias e 33 semanas e 6 dias; muito pré-termo: 28 semanas e 0 dias a 31 semanas e 6 dias e pré-termo extremo, menor que 28 semanas e 0 dias.

Dessa forma, toda gestante em trabalho de parto prematuro que apresente condições clínicas e obstétricas para o transporte deve ser transferida para um hospital que disponha de UTI neonatal, neonatologistas e obstetras especializados na assistência à gestante e ao RN de alto risco. Mas não basta apenas ter os cuidados básicos ofertados ao RN como alimentação, higiene e oferta de oxigênio, se não houver humanização como medidas para detecção da dor, medição e métodos não farmacológicos para alívio (COSTA; FRIEDRICH, 2014).

Para compreender o que é a UTI Neonatal, é importante conhecer a sua função e objetivo. Como qualquer Unidade de Terapia Intensiva, ela tem o intuito de monitorar com precisão as situações consideradas mais graves ou os pacientes com alguma descompensação orgânica. Quando voltada para o atendimento de recém-nascidos, a unidade busca o tratamento de prematuros que apresentam alguma situação adversa ao nascer. Isso quer dizer que nem

sempre os bebês estão doentes — muitas vezes, eles precisam de uma atenção maior da equipe médica para que possam crescer com qualidade, se tornando aptos a respirar, sugar e deglutir (TAMEZ, 2013).

A neonatologia tem passado por profundas transformações nas últimas décadas, tanto do ponto de vista tecnológico, quanto da veiculação de evidências científicas que têm proporcionado melhorias significativas no cuidado ao recém-nascido prematuro (RNPT) e sua família. O desenvolvimento da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), associado ao avanço tecnológico, constitui meio importante no tratamento e sobrevivência de neonatos graves. Ao mesmo tempo, o ambiente da UTIN é considerado um local estressante, onde o recém-nascido é constantemente submetido a procedimentos dolorosos, que se fazem necessários para garantir a sua sobrevivência (KLAUS; FANAROFF, 2015).

Globalmente, a cada ano, nascem cerca de 135 milhões de crianças e, destas, aproximadamente 15 milhões são prematuras. Em 2018, houve cerca de três milhões de nascimentos no Brasil, dos quais 11% foram prematuros, colocando-o entre os dez países com maior número de nascimentos prematuros. Dos 323.676 nascidos vivos abaixo de 37 semanas, 17.382 (5%) morreram no período neonatal, sendo a grande maioria nos primeiros dias de vida. Segundo dados do Ministério da Saúde (2020), cerca de 340 mil bebês nascem prematuros todos os anos no Brasil, correspondendo a 931 nascimentos de RNPT por dia no país.

Frente a necessidade de acompanhamento desses bebês em centros altamente tecnológicos se faz necessário considerar todos aspectos, incluindo físicos, psicológicos e sociais. O manejo da dor neonatal vem sendo discutido amplamente entre as especialidades visto os variados meios de exposição a dor os quais o público é submetido, bem características específicas de patologias associadas à condição da prematuridade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), “A prematuridade é considerada um fator de risco para o desenvolvimento global”, desta forma, os profissionais necessitam de um cuidado especial para estes neonatos, e ao profissional detectar sinais de dor, intervenções para o seu alívio são necessárias para evitar complicações futuras (SILVA, 2020).

2.2 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: CARACTERÍSTICAS GERAIS

A unidade de terapia intensiva neonatal é o local onde se destina o tratamento de bebês que possuem alguma enfermidade. A prematuridade por exemplo pode ser uma das causas de internação de recém nascidos nestas unidades, em casos onde os RNs possuem uma idade

gestacional entre 26 a 28 semanas, ou com peso entre 750g a 1000g, e desta forma necessitem de uma internação para seu crescimento e desenvolvimento (LOPES, 2017).

Em casos que o RN apresenta alterações ou patologias deve receber um atendimento específico e prioritário na UTI neonatal. Estes atendimentos devem ser realizados garantindo assim a melhora do quadro clínico com intervenções ou terapias medicamentosas (SILVA; ALENCAR, 2020).

O tratamento na UTI consegue fornecer tecnologias de ponta que podem causar impactos positivos e importantes para as necessidades tanto físicas como psicológicas dos bebês e de seus familiares. Mas, na UTI neonatal é possível notar os ruídos contínuos, barulhos de alarmes e bombas de infusão, monitores, luminosidade contínua, entre outras situações cotidianas que podem causar exaustão para os pacientes, familiares e para os profissionais frente a esses cuidados (OLIVEIRA et al., 2017).

A equipe presente na UTI neonatal é multidisciplinar, sendo necessário 24 horas por dia enfermeiros e médicos neonatologistas presentes no setor. Além destes profissionais, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos e psicólogos são essenciais para um cuidado efetivo e integral no desenvolvimento saudável do bebê (MOREIRA et al., 2003).

O tratamento na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, habilitada, tecnologicamente equipada e com assistência especializada são potenciais positivos na redução da mortalidade infantil e principalmente neonatal. Desta forma surge a necessidade de utilizar uma assistência humanizada tanto para os seus familiares e neonatos, com o objetivo de valorizar e recuperar a saúde da criança, mantendo um vínculo afetivo entre pais e filhos, com orientações sobre os cuidados diários após a alta hospitalar necessária (ALENCAR, 2020).

Para familiares, e principalmente para os pais dos RNs a internação pode ser interpretada como algo seguro devido a oferta de recursos e cuidados profissionais que podem manter seu filho vivo, ou pode provocar também sentimentos de medo, impotência e até mesmo desespero sobre o sofrimento e situações existentes (OLIVEIRA; CRUZ, 2017).

2.3 DOR NEONATAL

Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED, 2020), define a dor como uma vivência sensorial e emocional de modo desagradável, agregada a uma lesão. A dor é considerada o quinto sinal vital, devendo ser levada em consideração nas rotinas de internações, nos processos de trabalho.

A dor em RNPT pode ser determinada através de expressões faciais, estado de sono, choro e também vigia, movimentos corporais e seus parâmetros fisiológicos apresentados (CAMPOS, 2018).

Até meados de 1970 acreditava-se que os RNPT por não possuírem sua verbalização desenvolvida, não poderiam sentir dor decorrente da sua imaturidade neurológica e suas vias nervosas não serem completamente mielinizadas. Com o passar dos anos, estudos mostraram que a mielinização incompleta se compensa pelo distanciamento Inter neural, que aumenta a condução nervosa. Sendo assim, o RNPT apresenta todos os componentes anatômicos necessários tanto para recepção como para a transmissão dos estímulos dolorosos (BALDA; GUINSBURG, 2020).

Na mesma perspectiva, em meados da década de 80, conceitos equivocados em ainda apontavam que os RNPT eram imunes à dor, por associarem a fase crescimento e desenvolvimento. Contudo nos últimos anos estudos científicos informam que os recém nascidos de forma geral apresentam condições anatômicas, funcionais, neuroquímicas e respostas a estímulos dolorosos (BALDA; GUINSBURG, 2018).

Estudos destacam que a partir das sete semanas de gestação, o feto apresenta receptores periorais, e a partir das 20 semanas estes receptores se distribuem pela superfície mucocutânea. Estes estímulos nociceptivos são carregados através de fibras com mielinização à medula espinhal e posteriormente chegam aos núcleos de base e ao córtex cerebral. A sinapse talamocorticais que são conectadas aos núcleos da base e ao centro de processamentos corticais superiores podem ser evidenciados a partir das 24 semanas de gestação (BALDA; GUINSBURG, 2018; MARTER; PRYOR, 2009).

Desta forma as aferências do estímulo nociceptivo, de periferia ao córtex cerebral podem percorrer após o período fetal. Estas informações nociceptivas são realizadas a partir de substâncias neuroquímicas como a taquicinina e os opioides endógenos de endorfinas, a encefalina. Estas substâncias são responsáveis pela transmissão, atenuação e inibição de estímulos nociceptivos. Apenas os sistemas adrenérgico e serotoninérgico que são os responsáveis pela regulação de vias descendentes e inibitórias da dor não estão presentes no nascimento. Sendo assim, até mesmo os prematuros podem apresentar sensações dolorosas (BALDA; GUINSBURG, 2018).

Após reconhecer que os RNPT sentem dor, percebeu-se a importância de elaborar estratégias para diminuir o estresse e a dor que o recém-nascido possa apresentar durante a sua hospitalização em unidades de terapia intensiva neonatal. Visando à diminuição dos efeitos que podem prejudicar e acarretar a dor nos RNPT, faz necessário que os profissionais da equipe

saibam identificar e manejar sobre os métodos de avaliação e controle da dor, melhorando assim até mesmo a recuperação rápida da assistência aplicada (CHRISTOFFEL et al., 2016).

2.3.1 Resposta à dor ou ao estresse

A dor é uma experiência manifestada através de sinais corporais, que variam nos indivíduos, e é caracterizada pela sua subjetividade e que a torna muito complexa. O conceito e sensação da dor é manifestada através de relatos, e por este motivo é dificultada em neonatos. Os RNPT possuem uma maior sensibilidade aos estímulos dolorosos, o que ocasiona em uma dor mais intensa comparada aos adultos (FALCÃO et al., 2012).

As crianças sobreviventes da prematuridade, possuem uma disposição aumentada sobre condições crônicas, como por exemplo alterações no padrão de crescimento desde o período neonatal, atrasos no desenvolvimento motor, cognitivo e sensorial, além dos problemas psíquicos. As doenças crônicas como diabetes tipo II e doenças cardiovasculares também são aumentadas (ONG, 2015).

2.3.2 Experiências dolorosas

Para os neonatos, o ambiente hospitalar é uma das experiências diferentes do meio onde intrauterino onde estão acostumados, eles começam a vivenciar estressores como temperaturas diferenciadas, momentos de desconfortos, sons e ruídos desagradáveis que afetam no seu crescimento e desenvolvimento de maneira ideal. (SOARES et al., 2016)

Após um estímulo desagradável ou doloroso, os RNPT doentes podem apresentar diversas variações agudas de seus parâmetros fisiológicos, além disso, as medidas fisiológicas da dor não podem ser utilizadas de uma maneira isolada para a decisão e avaliação sobre dor no RNPT a fim de utilização de analgésicos. Sendo assim nenhum sinal deve ser avaliado de maneira isoladamente com segurança, deve-se embasar em escalas que englobam os seus aspectos sensoriais, emocionais, fisiológicos e comportamentais (BALDA; GUINSBURG, 2018).

Os RNPT que estão em hospitalização, nos seus primeiros dias de vida chegam a ser submetidos a cerca de 150 procedimentos dolorosos para seu tratamento e monitoramento, resultando na sua recuperação. Mas, estes estímulos podem desencadear alterações, como por

exemplo o aumento da morbimortalidade e deficiência no seu desenvolvimento do sistema neurológico do bebê (NOBREGA et al., 2016).

Os estímulos dolorosos agudos podem desencadear uma resposta ao estresse, e incluem alterações cardiovasculares, respiratórias, imunológicas, hormonais e também comportamentais. Além destas podem ser acompanhadas com respostas fisiológicas e reações endócrinas, podendo gerar hiperglicemia, aumento do catabolismo proteico e homeostase do RNPT (COSTA; ROSSATO; BUENO et al., 2017). E Para evitar a gravidez orientar a mulher e/ou casal para abster-se de relações sexuais com contato genital durante o período fértil (no exemplo acima, do 7º ao 23º dia) (BRASIL, 2016).

2.3.3 Consequência da dor no recém-nascido

A exposição aos estímulos dolorosos a partir das 16 semanas geram consequências a curto e a longo prazo, incluindo a alteração na sensibilidade, alteração comportamental e também fisiológica. As sequelas ocasionadas por exposição à dor são devidas a plasticidade imatura do cérebro que conseqüentemente ocasiona na diminuição do limiar da dor durante o desenvolvimento (CAMPOS, 2018).

Eventos adversos podem ocorrer a curto e a médio prazo devido ao RN estar exposto a dor, alterações no seu metabolismo e catabolismo, onde se utiliza as reservas energéticas essenciais para o crescimento em episódios de dor para o seu controle e restabelecimento (BUENO et al., 2009).

A dor nos neonatos possuem repercussões orgânicas e emocionais que podem interferir a curto e longo prazo, e podem modificar de um modo contínuo a organização do sistema nociceptivo e podem potencializar alterações psicossomáticas, psiquiátricas e cognitivas na infância e que podem se perdurar até a adolescência (GUINSBURG; CUENCA, 2010).

2.4 INDICADORES COMPORTAMENTAIS

As principais maneiras comportamentais que podem ser analisadas quando se trata de dor neonatal são: o choro, a mímica facial de dor e a sua atividade motora. Estas respostas refletem a experiências dolorosas após um estímulo nociceptivo de dor (BALDA; GUINSBURG, 2018).

O choro é um dos métodos primários na comunicação dos RNPT para chamar a atenção do adulto que esteja envolvido nos seus cuidados, esse fator por si só é um dos parâmetros avaliados, e não especialmente reflete em estar sentindo dor. O choro então deve ser avaliado de um contexto geral e analisado com outros sinais e parâmetros (BALDA; GUINSBURG, 2018).

O neonato dá sinais em relação a momentos que devem-se evitar estímulos, estes sinais indicam a necessidade de uma pausa em relação aos procedimentos que estão sendo realizados ou manobras. O estado de hiper alerta pode-se destacar olhos bem abertos, olhar de pânico e fixação a estímulos. A partir de sinais onde pode ser notada a disponibilidade de energia para o funcionamento e manutenção do equilíbrio homeostático, oferecem à equipe um melhor manuseio aos procedimentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Os movimentos faciais podem ser um importante meio de avaliação dos RNPT de uma maneira geral, se constituem por: contrações da frente e com o abaixamento das sobrancelhas, o estreitamento das pálpebras, fechamento dos olhos, o nariz franzido, lábios esticados, boca entreaberta e as bochechas levantadas. O RNPT pode apresentar uma ou mais expressões faciais de dor, e podem auxiliar na identificação relacionando a intensidade da dor e um modo de comunicação (BALDA; GUINSBURG, 2018).

2.5 PARÂMETROS FISIOLÓGICOS E HORMONAIS

O manuseio utilizado pelos profissionais na UTI neonatal é voltado para salvar a vida do neonato, e as experiências sofridas pelo RNPT são diferentes das experiências intrauterinas. O contato é frequente, invasivo, contínuo tanto durante o dia ou a noite e de uma maneira mais técnica e menos afetuosa na maior parte das vezes. Este tipo de manuseio pode ocasionar estresse comportamental no RNPT (agitação, choro, reflexos de susto), e respostas fisiológicas (alteração na PA, FC, FR, hipoxemia) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O RNPT internado em uma UTI neonatal possui um gasto energético do sistema motor significativamente diminuído se houver a utilização de contenção adequada e que possibilite mínimas movimentações e uma maior tranquilidade, melhorando assim a homeostase (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A questão hormonal do estresse também podem ser parâmetro a ser avaliado e levado em consideração na hora de avaliar o RNPT com dor aguda, desta forma devem ser levados em

considerações parâmetros fisiológicos, hormonais e comportamentais para uma melhor tomada de decisão sobre a utilização do melhor analgésico ao RNPT (BALDA; GUINSBURG, 2018).

2.6 AVALIAÇÃO DA DOR EM NEONATOLOGIA

Segundo a Academia Americana de Pediatria e a Associação Internacional de Estudo da Dor, se faz necessário a avaliação criteriosa sobre os RNPT em relação a dor, que está dividida em três eixos, sendo eles: mudanças fisiológicas, hormonais e comportamentais em decorrência aos estímulos ou eventos dolorosos. (BALDA; GUINSBURG, 2018). Sendo assim o uso de métodos fidedignos de avaliação como as escalas são indicados.

2.6.1 Escalas para avaliação da dor no recém-nascido

Dor é um dos fatores preocupantes nos seres humanos, onde a todo momento são realizados estudos para melhor compreender a dor e também estratégias para o seu controle. Não há como mensurar a dor ao certo, desta forma se faz importante os parâmetros que auxiliam em uma mensuração a dor de uma maneira mais precisa, como através das escalas de face e gestos, que mais se encaixam quando se trata de avaliação de RNPT que não conseguem se expressar de maneira verbal (BOTTEGA et al., 2014).

Na literatura atual estão disponibilizados vários instrumentos para avaliação de dor em recém-nascidos, eles apresentam propriedades psicométricas adequadas para explorar os parâmetros comportamentais e fisiológicos. Embora nenhum destes instrumentos seja considerado ideal, são facilitadores (SANTOS; FERREIRA; GIMENEZ et al., 2019).

Os profissionais devem possuir treinamento para avaliar a presença e o nível da dor nos recém-nascidos, deve-se utilizar instrumentos dimensionais para auxílio como escalas de dor para determinar uma melhor intervenção. Os neonatos devem sempre ser avaliados antes e depois da realização de um procedimento doloroso, mesmo que rotineiro (MARTER; PRYOR, 2009).

A avaliação da dor neonatal pode ser realizada através de diversas escalas validadas e fidedignas, para a obtenção dos resultados são avaliados tantos fatores comportamentais como fisiológicos. Na avaliação dos comportamentos, a expressão facial, o choro, os movimentos do corpo e movimentos dos membros, são sinais de dor ou estresse. Na avaliação de sinais

fisiológicos deve-se atentar a taquicardia, bradicardia, hipertensão, taquipneia, apneia, dessaturação de oxigênio, sinais vagais, sudorese, níveis plasmáticos, de cortisol e catecolaminas. A união destes fatores define dor e estresse no neonato (MARTER; PRYOR, 2009).

Apesar de possuir diversas escalas disponíveis para avaliação da dor nos recém-nascidos, as escalas unidimensionais, ou seja, que levam em consideração os comportamentos expressados por eles e assim são as mais adequadas para obter um resultado mais fidedigno. As escalas mais utilizadas na área da neonatologia são *Behavioral Indicators of Infant Pain* (BIIP), Escala de Dor no Recém-Nascido (NIPS), *Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né* (EDIN). Estas escalas são facilitadoras para a realização de medidas de cuidados pela equipe de enfermagem ou na indicação de analgesia ou analgésico. Podem ser utilizadas com frequência pela equipe responsável (GUINSBURG; CUENCA, 2010).

Os instrumentos que são recomendados variam de acordo com a idade gestacional, fatores clínicos e intensidade da doença. O perfil de dor neonatal prematuro (PIPP) é um método de avaliação validado para neonatos pré-termo. Para os neonatos pré-termo ou ex-prematuros existem mais escalas disponíveis para utilização, a escala score comportamental da dor (BPS) possui um método de avaliação das atividades motoras, sono, choro e consolabilidade. A escala para antes e depois da realização de procedimentos é o instrumento Escala de dor no recém-nascido (NIPS) (MARTER; PRYOR, 2009).

A seguir apresenta-se algumas escalas para avaliação da dor neonatal de acordo com a literatura especializada.

2.6.2 Neonatal Facial Coding System (NFCS)

A *Neonatal Facial Coding System* (NFCS), foi elaborada por Grunau e Graig em 1987, e foi validada no Brasil em 1999. Esta escala pode ser utilizada em RN pré-termo e a termo, e possui o objetivo de avaliar a dor aguda e crônica utilizando domínios comportamentais da mímica facial. Entre as características a serem avaliadas estão: fronte saliente, fenda palpebral, sulco nasolabial aprofundada, boca aberta, boca estirada, língua tensa, protrusão de língua e tremores no queixo. O escore máximo é de 8 pontos, e considera-se dor na presença de 3 ou mais movimentos faciais na avaliação (PEREIRA; *et al.*, 2011; GUINSBURG; CUENCA, 2014).

Figura 1 – Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (NFCS)

Movimento facial	0 ponto	1 ponto
Fronte saliente	Ausente	Presente
Fenda palpebral estreitada	Ausente	Presente
Sulco nasolabial aprofundado	Ausente	Presente
Boca aberta	Ausente	Presente
Boca estirada (horizontal ou vertical)	Ausente	Presente
Língua tensa	Ausente	Presente
Protrusão da língua	Ausente	Presente
Tremor de queixo	Ausente	Presente

Pontuação máxima de 8 pontos, considerando dor ≥ 3 .
NFCS – Neonatal Facial Coding System.

Fonte: BALDA; GUINSBURG, 2018.

2.6.3 Premature Infant Pain Profile (PIPP)

A escala PIPP é válida e específica para avaliação da dor em RNPT após os procedimentos dolorosos, pode ser utilizada nos recém-nascidos em geral, mas é indicada aos prematuros com dor aguda (BALDA; GUINSBURG, 2018).

Figura 2 – Escala do Perfil de Dor do Recém-Nascido Prematuro (PIPP)

Indicadores	0	1	2	3
IG em semanas	≥ 36 semanas	32 a 35 semanas e 6 dias	28 a 31 semanas e 6 dias	< 28 semanas
Observar o RN por 15 s				
Estado de alerta	Ativo Acordado Olhos abertos Movimentos faciais presentes	Quieto Acordado Olhos abertos Sem mímica facial	Ativo Dormindo Olhos fechados Movimentos faciais presentes	Quieto Dormindo Olhos fechados Sem mímica facial
Anotar FC e SpO ₂				
FC máxima	$\uparrow 0$ a 4 bpm	$\uparrow 5$ a 14 bpm	$\uparrow 15$ a 24 bpm	$\uparrow \geq 25$ bpm
Sat. mínima	$\downarrow 0\%$ a 2,4%	$\downarrow 2,5\%$ a 4,9%	$\downarrow 5\%$ a 7,4%	$\downarrow \geq 7,5\%$
Observar RN por 30 s				
Testa franzida	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo
Olhos espremidos	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo
Sulco naso-labial	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo

Define-se como ausente 0% a 9% do tempo de observação, com a alteração comportamental pesquisada; mínimo, 10% a 39% do tempo; moderado, 40% a 69% do tempo e máximo com mais de 70% do tempo de observação. Nessa escala a pontuação varia de 0 a 21 pontos. Escores menores ou iguais a 6 indicam ausência de dor ou dor mínima; escores superiores a 12 indicam presença de dor moderada a intensa. IG – Idade Gestacional. RN – recém-nascido.

Fonte: SILVA; *et al.*, 2007.

2.6.4 Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale (N-PASS)

A escala *Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale* (N-PASS), consegue avaliar parâmetros neonatais de dor, agitação e sedação, possui variáveis sobre alterações fisiológicas e comportamentais e é desenvolvida para avaliar dor aguda prolongada e contínua, além da sedação em lactentes em situação gravemente doentes. Esta escala é composta por duas medidas de escore: o choro e a irritabilidade, expressões faciais, comportamentos, sinais vitais e o tônus das extremidades (BALDA; GUINSBURG, 2018).

Figura 3 – Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale (N-PASS)

	Sedação		Sedação/Dor	Dor/Agitação	
	-2	-1	0/0	1	2
Choro/ irritabilidade	Não chora com estímulo doloroso	Resmungo/chora com estímulo doloroso	Sem sinais de sedação ou dor	Irritação ou episódios de choro Consolável	Choro agudo ou silencioso contínuo Não é consolável
Comportamento	Não acorda com estímulo Sem movimento espontâneo	Acorda breve com estímulo Raro movimento espontâneo	Sem sinais de sedação ou dor	Inquieto, se contorce Acorda com frequência	Arqueia o corpo, fica chutando Acordado constantemente ou não acorda, nem se move (não está sedado)
Expressão facial	Boca caída e aberta Sem mímica	Mínima expressão facial com estímulo	Sem sinais de sedação ou dor	Qualquer expressão de dor intermitente	Qualquer expressão de dor contínua
Tônus de extremidade	Sem reflexo de preensão Flácido	Reflexo de preensão fraco Tônus muscular ↓	Sem sinais de sedação ou dor	Mãos cerradas ou espalmadas de modo intermitente Tônus corporal relaxado	Mãos cerradas ou espalmadas de forma contínua Tônus corporal tenso
Sinais vitais: FC, FR e SatO ₂	Sem Δ após estímulo Hipoventilação ou apneias	Δ < 10% com estímulo	Sem sinais de sedação ou dor	↑ 10-20% em relação ao basal SatO ₂ 76-85% com estímulo; rápida recuperação	↑ 20% em relação ao basal SaO ₂ < 75% com o estímulo; lenta recuperação Sem sincronia com o ventilador

Sedação: -10 a 0; Sedação profunda: -10 a -5; Sedação leve: -5 a -2.

Dor: 0-11 (somar 1 ponto se RN < 30 semanas de IG corrigida); Dor presente escore > 3.

Fonte: BALDA; GUINSBURG, 2020.

O escore de dor e agitação é avaliado por observações em intervenção e possui a pontuação variante entre 0 a 10. A sedação é avaliada em pacientes que recebem as medicações sedativas e requerem estimulação. Os prematuros possuem uma capacidade mais limitada de demonstrar as manifestações comportamentais e também fisiológicas da dor, nestes casos um ponto é adicionado no escore para os RN com IG <30 semanas, com a finalidade de aproximá-lo a um RN a termo. Se torna necessário que se introduza ou se adequa a analgesia quando a pontuação seja superior ou maior do que 3 (BALDA; GUINSBURG, 2018).

2.6.5 Behavioral Indicators of infant Pain (BIIP)

A escala de BIIP (*Behavioral Indicators of infant Pain*), possui indicadores comportamentais sobre a dor nos lactentes, é uma atualização recente sobre a codificação facial do recém-nascido. São observados estado de alerta e movimentação das mãos. A escala de BIIP é utilizada pelos médicos quando a equipe de enfermagem identifica alguma alteração ou após a identificação de alteração nos resultados do NIPS ou EDIN (GUINSBURG; CUENCA, 2010).

Figura 4 – Behavioral Indicators of infant Pain

BIIP	Pontos	Definição
<i>Estado de sono/vigília</i>		
Sono Profundo	0	Olhos fechados, respiração regular, ausência de movimentos das extremidades.
Sono Ativo	0	Olhos fechados, contração muscular ou espasmos/abalos, movimento rápido dos olhos, respiração irregular.
Sonolento	0	Olhos fechados ou abertos (porém com olhar vago, sem foco), respiração irregular e alguns movimentos corporais.
Acordado/Quieto	0	Olhos abertos e focados, movimentos corporais raros ou ausentes.
Acordado/Ativo	1	Olhos abertos, movimentos ativos das extremidades.
Agitado/Chorando	2	Agitado, inquieto, alerta, chorando
<i>Face e mãos</i>		
Fronte Saliente	1	Abaulamento e presença de sulcos acima e entre as sobrancelhas
Olhos espremidos	1	Compressão total ou parcial da fenda palpebral
Sulco nasolabial aprofundado	1	Aprofundamento do sulco que se inicia em volta das narinas e se dirige à boca.
Estiramento horizontal da boca	1	Abertura horizontal da boca acompanhada de estiramento das comissuras labiais.
Língua tensa	1	Língua esticada e com as bordas tensas
Mão espalmada	1	Abertura das mãos com os dedos estendidos e separados.
Mão fechada	1	Dedos fletidos e fechados fortemente sobre a palma das mãos formando um punho cerrado/ mão fechada

Fonte: BALDA; GUINSBURG, 2018.

Define-se dor uma pontuação > 5.

2.5.6 Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)

A escala de NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*) se compõe por cinco parâmetros comportamentais e um indicador fisiológico. Pode-se utilizar antes, durante e após a realização dos procedimentos mais invasivos. Caso o recém-nascido esteja intubado, a avaliação do choro não se torna possível, desta forma deve-se dobrar a pontuação relacionada à mímica facial. Deve-se avaliar a escala juntamente com os SSVV, podendo ser realizada pelos técnicos de enfermagem e enfermeiros (GUINSBURG; CUENCA, 2010).

Figura 5 - Neonatal Infant Pain Scale

NIPS	0 pontos	1 ponto	2 pontos
Expressão Facial	Relaxada	Contraída	-
Choro	Ausente	“Resmungos”	Vigoroso
Respiração	Relaxada	Diferente do basal	-
Braços	Relaxados	Flexão ou Extensão	-
Pernas	Relaxadas	Flexão ou Extensão	-
Estado de Alerta	Dormindo ou Calmo	Desconfortável	-

Fonte: NICOLAU, *et al.*, 2008.

Considera-se dor a pontuação > 4.

2.5.7 Crying Requires increased oxygen administration, Increased vital signs, Expression, Sleeplessness (CRIES)

Crying Requires of Oxygen for Saturation Above 95%, Increased vital signs, Expression and Sleeplessness (CRIES) é uma escala desenvolvida por Krechel e Bildiner em 1995, com o intuito de avaliar os RNPT em pós operatórios. Ela avalia os aspectos tanto fisiológico e também comportamentais, possui seu embasamento em choro (C), necessidade de oxigênio para manter os parâmetros da saturação acima de 95% (R), aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial (I), expressões faciais (E) e o estado de alerta do RNPT (S). O seu escore varia entre 0 a 10 e a pontuação igual ou superior a 5 indica dor no RNPT (KRECHEL; BILDINER, 1995).

Figura 6 – Escore para a Avaliação da Dor Pós-Operatório do Recém-Nascido

Avaliar	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Choro	Ausente	Alta tonalidade	Inconsolável
SpO ₂ > 95%	0,21	0,21 a 0,30	> 0,30
FC e/ou PA (comparar com o pré-operatório)	Sem aumento	Aumento de até 20%	≥ 20%
Expressão facial	Relaxada	Careta esporádica	Contraída
Sono	Normal	Intervalos curtos	Ausente

Se a pontuação for igual ou maior que 5 deve ser administrada medicação para alívio da dor. A escala deve ser aplicada a cada duas horas nas primeiras 24 horas após o procedimento doloroso e depois a cada quatro horas por pelo menos 48 horas.
FC – frequência cardíaca; PA – pressão arterial.

Fonte: SILVA, *et al.*, 2007.

2.5.8 Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né (EDIN)

A escala *Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né* (EDIN), é destinada a avaliar dor prolongada ao RNPT. A escala foi validada Brasil no ano de 2012, e possui indicadores como a mímica facial, qualidade do sono, consolabilidade e movimentos corporais. O seu escore é igual ou maior do que sete para dor. Pode ser realizada pelos enfermeiros no início de cada turno (GUINSBURG; CUENCA, 2010).

Figura 7 – Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né (EDIN)

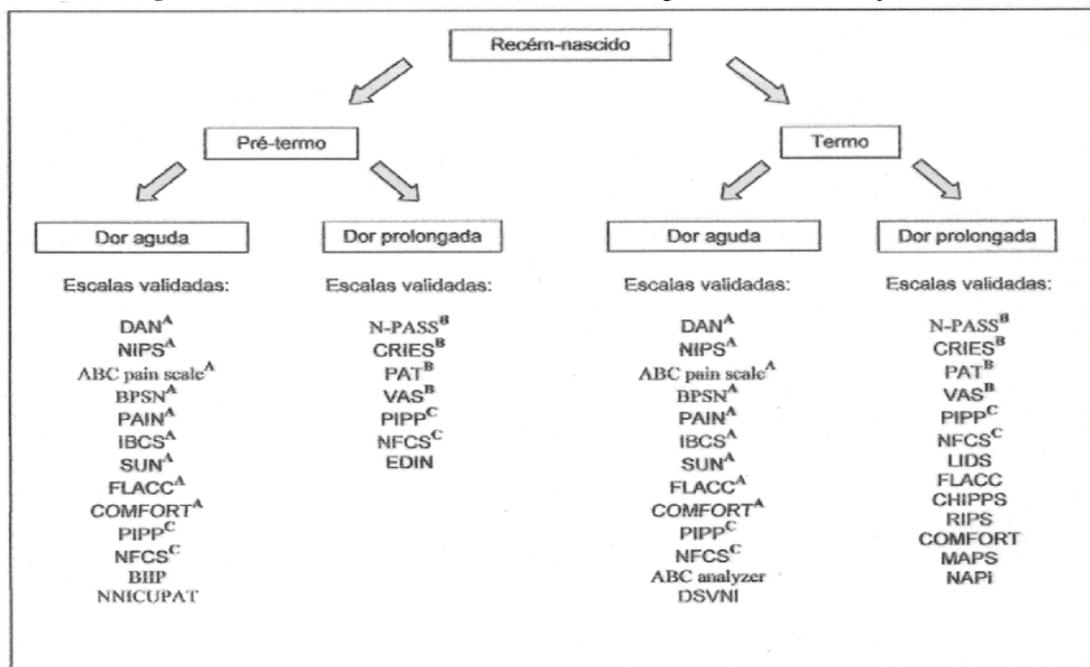
EDIN	Pontuação – definição
Atividade Facial	0 – relaxada 1 – testa ou lábios franzidos, alterações de boca transitórias 2 – caretas freqüentes 3 – mímica de choro ou totalmente sem mímica
Movimento Corporal	0 – relaxado 1 – agitação transitória, geralmente quieto 2 – agitação freqüente, mas dá para acalmar 3 – agitação persistente, hipertonia mmii/ss ou parado
Qualidade do Sono	0 – dorme fácil 1 – dorme com dificuldade 2 – sonecas curtas e agitadas 3 – não dorme
Contacto com enfermagem	0 – atento à voz 1 – tensão durante a interação 2 – chora à mínima manipulação 3 – Não há contacto, geme à manipulação
Consolabilidade	0 – quieto e relaxado 1 – acalma rápido com voz, carinho ou sucção 2 – acalma com dificuldade 3 – Não acalma, suga desesperadamente

Fonte: GUINSBURG; CUENCA, 2010.

Entende-se como dor uma pontuação > 7.

Para melhor entendimento das indicações das escalas validadas de acordo com nível de dor e idade gestacional, segue uma figura representativa (PEREIRA *et al.*, 2013).

Figura 8 – Escalas de dor de acordo com a idade gestacional e a duração da dor



Fonte: SILVA, 2010.

2.6 ABORDAGEM DA DOR EM RECÉM-NASCIDO

Os profissionais de enfermagem desempenham um papel fundamental no controle da dor dos recém-nascidos, e consequentemente de amenizar seu sofrimento. Estes profissionais realizam procedimentos invasivos quando necessário, procedimentos estes que são rotineiros em unidades neonatais e que podem ocasionar dor (COSTA; SANTOS; 2010).

Para conseguir compreender as dificuldades dos profissionais atuantes na assistência dos RNPT, são necessários identificar alguns fatores que podem acabar interferindo na capacidade de decodificar os sinais de dor. A interpretação por parte do profissional de saúde sem embasamento pode interferir na tomada de decisão sobre a terapêutica a ser utilizada (MOTTA; CUNHA, 2015).

Os profissionais que atendem no cuidado direto com os recém-nascidos precisam estar aptos a identificar e decodificar a linguagem da dor que eles apresentam. Uma das obrigações dos profissionais de enfermagem é a diminuição da dor e do sofrimento dos pacientes sempre prezando pelo bem estar destes (GUINSBURG; CUENCA, 2010).

A reatividade da dor pode também ser observada por meio de expressões faciais e alterações dos sinais vitais, agitação corporal, diminuição do sono e irritabilidade. A ausência

de respostas, em períodos prolongados da dor podem estar relacionadas a depleção de reservas (BRASIL, 2011).

2.6.1 Redução de eventos dolorosos

A utilização de medidas para prevenção da dor nos RNPT contribui para um melhor atendimento prestado nas unidades neonatais, reduzindo desconfortos e repercutindo em um menor número de sequelas e melhor qualidade de vida para RNPT e família (CORDEIRO; COSTA, 2014).

A enfermagem possui o poder de promover uma estadia com mais conforto e tranquilidade, a identificação da dor por estes profissionais ocorre de maneira fragmentada e não sistematizada. É fundamental que os profissionais exerçam um cuidado com qualidade, humanização e excelência (SANTOS; RIBEIRO; SANTANA, 2012).

A hospitalização fragiliza também os familiares dos RNPT enquanto permanecem internados na UTIN, eles ficam alocados em um ambiente restrito, expostos a diversos procedimentos dolorosos diariamente, ruídos e luzes intensas. Todos estes fatores acarretam em uma alteração dos sinais vitais dos RNPT. Desta forma se faz necessária a visão holística por parte dos profissionais, de modo que se favoreça uma redução de efeitos nocivos que são causados pela hospitalização, dos RNPT e de seus familiares também (RAMADA; ALMEIDA; CUNHA, 2013).

2.6.2 Intervenções não farmacológicas

As medidas não farmacológicas ainda são pouco utilizadas, e na maioria das vezes devido ao pouco conhecimento sobre a eficiência destas medidas pelos profissionais. Deve-se reconhecer e diagnosticar a dor nos RNPT, para posteriormente definir qual será a melhor estratégia do cuidado (MARCONDES; COSTA; CHAGAS et al., 2017).

As medidas não farmacológicas aplicadas pelos enfermeiros para o alívio da dor e redução do estresse são simples e baratas, e desta forma podem amenizar estímulos dolorosos, estresses e conseqüentemente sofrimento dos neonatos. Os métodos não farmacológicos que mais se utilizam são: intervenções do meio ambiente, como o controle de ruídos, da

luminosidade e da temperatura, sucções não nutritivas, a administração de glicose por sucção, a massagem, o toque, posicionamentos e conforto (GUIMARÃES; VIEIRA, 2008).

Segundo Marter e Pryor (2009), as medidas não farmacológicas para o manejo de prevenção e para o tratamento da dor relacionadas aos procedimentos são entendidas como: realizar os procedimentos dolorosos antes de um evento confortante, como a alimentação por exemplo, conter o neonato em cueiros para o procedimento e a sucção não-nutritiva. Enquanto as medidas utilizadas após os procedimentos para o tratamento da dor, destacam-se: redução dos ruídos, redução da iluminação, o toque ou massagem, contato pele-a-pele com o neonato, assistência canguru, segurar o neonato no colo e próprio “aninhamento” com cobertores e cueiro. Tais medidas podem ser aplicadas diariamente.

Oferecer soluções adocicadas durante os procedimentos dolorosos diminui o tempo de choro e reduz as respostas fisiológicas à dor. Dentre as soluções mais efetivas, destaca-se a água com sacarose ou solução glicosada. São recomendadas soluções de 25% ou 30% em dosagens de 0,5ml para os RNPT, e de 2,0ml para os RN a termo. A solução deve ser administrada na porção anterior da língua, dois minutos antes da realização dos procedimentos. Este método possui uma eficácia de redução de 20% de estímulos dolorosos, dessa forma recomenda-se que seja utilizado em associação a medidas farmacológicas ou a outras medidas não farmacológicas (BALDA; GUINSBURG, 2020).

Há evidências onde as soluções adocicadas são responsáveis pela diminuição de duração do choro, mímica facial e da dor. Podendo diminuir os níveis de frequência cardíaca (BRASIL, 2011).

Sobre a sucção não nutritiva, entende-se que a analgesia ocorre durante os movimentos de sucção. Pode ser aplicado aos RNPT durante a realização de alguns procedimentos, como a coleta de amostras sanguíneas por exemplo. É recomendado para procedimentos dolorosos de forma isolada, 2 minutos antes da realização do procedimento (BALDA; GUINSBURG, 2020).

Outro fator importante nesse contexto refere-se a presença dos pais para confortar o neonato durante os procedimentos e manipulações, o toque e o aconchego proporciona o alívio do desconforto físico e emocional, provocado pela dor. Além desses, o vínculo entre mãe-bebê se torna ainda mais forte (FIALHO et al., 2015).

Em relação ao contato pele a pele, é indicado aos RNPT saudáveis, que precisam durante sua internação realizar um procedimento doloroso de forma isolada como por exemplo aplicação de medicamento intramuscular ou por punção venosa. Preconiza-se que este contato seja de no mínimo 2 minutos antes da realização desse procedimento doloroso. Em contraponto

essa medida analgésica em RNPT com peso ao nascer < 1000g não possui uma eficácia conhecida (BALDA; GUINSBURG, 2020).

Outro fator importante e não menos importante é a amamentação, fundamental e indispensável, pois favorece o vínculo, amor e que ao mesmo tempo fornece glicose, calor, aconchego e pode aliviar dor física e psicológica, facilitando no equilíbrio emocional do RNPT (SOUSA et al., 2017).

A comunicação verbal em tom adequada também é referida como medida não farmacológica, visto que o sistema auditivo começa a ter início das suas primeiras funções a partir da 24ª semana de gestação, os bebês ainda intraútero começam a experimentar e reagir a sons do meio externo, incluindo a voz da mãe predominantemente e a música ambiente. Assim, independentemente da idade gestacional ou do nascimento, a música pode auxiliar na melhora de alguns efeitos indesejados, gerados durante a sua hospitalização (BARCELOS et al., 2021).

A musicoterapia minimiza as consequências da internação e também da prematuridade a curto e longo prazo, podendo ser uma das propostas para alívio de desconfortos e melhora dos sinais vitais alterados dos RNPT após poucos minutos. A intervenção é segura e não possui eventos adversos, sendo viável em unidades hospitalares, tanto para o RNPT quanto para a mãe (BARCELOS et al., 2021).

2.6.3 Tratamento farmacológico

Na UTIN, os recém-nascidos são submetidos a repetidos procedimentos dolorosos tanto para diagnósticos, como para tratamento. A própria UTIN associada com estresse crônico para o recém-nascido devido a uma variedade própria de circunstâncias. Portanto, a administração de agentes farmacológicos tem como principal objetivo aliviar a dor causada por algumas doenças, bem como procedimentos.

Os agentes farmacológicos devem ser administrados mesmo antes de se apresentarem sinais de alterações fisiológicas e de comportamento associados com a dor. A decisão a respeito do alívio da dor deve ser individualizada, mas não deve ser esquecida. Os profissionais que cuidam do recém-nascido devem estar preparados porque mesmo com a utilização de medidas não farmacológicas, em muitos momentos serão necessárias intervenções farmacológicas mediante prescrição médica, para prevenir, reduzir ou eliminar a dor neonatal (LOPES, 2017).

O conhecimento das propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas por parte de quem prescreve e de quem administra essas medicações é de extrema importância. A equipe de

enfermagem que administra, os medicamentos prescritos, deve também estar devidamente preparada para reconhecer e intervir diante dos possíveis efeitos indesejáveis que podem ser causados por eles (TAMEZ, 2013).

Analgésicos não-opioides, os anti-inflamatórios não hormonais são os principais medicamentos desse grupo, indicados para experiências dolorosas leves ou moderadas e/ou quando a dor está associada a um processo inflamatório e quando o risco de depressão respiratória é indesejável. Estudos apontam o Paracetamol como único medicamento deste grupo seguro para uso no período neonatal. O início da ação analgésica é lento, cerca de 1 hora, sendo pouco efetivo para processos dolorosos intensos (BALDA; GUINSBURG, 2020).

Analgésicos opioides constituem-se na mais importante forma de tratamento da dor de recém-nascidos criticamente doentes. Para a utilização no período neonatal, neste grupo destacam-se a Morfina um potente analgésico e um bom sedativo a droga pode ser administrada de maneira intermitente a cada quatro horas, preferencialmente por via venosa, podendo ser administrada por infusão contínua, dentre os efeitos colaterais da morfina destacam-se a liberação histamínica, que leva ao broncoespasmo, e à supressão do tônus adrenérgico. Importante considerar que em neonatos com os reflexos de proteção respiratórios prejudicados, aumenta o risco de depressão respiratória neste grupo de pacientes. A tolerância e a síndrome da abstinência podem ocorrer (LOPES; MOREIRA, 2004).

Ainda na mesma linha dos analgésicos opióides está o fentanil sendo a infusão contínua é a técnica de administração mais empregada devido à estabilidade dos níveis séricos terapêuticos da droga. Pode ocorrer aparecimento rápido de tolerância. Desencadeia poucos efeitos adversos cardiovasculares. A administração rápida pode levar à rigidez muscular, em especial na região da caixa torácica. Entre outros efeitos colaterais observados, estão os comuns a todos os opióides. Meperidina, Tramal, Metadona, não constituem em opióides de primeira escolha no período neonatal.

Os anestésicos tópicos disponíveis no período neonatal são: Emla a mistura eutética de prilocaína e lidocaína pode produzir anestesia em pele intacta desde que a área de pele coberta pelo anestésico não exceda 100 cm². Porém dados relativos à eficácia do Emla não permitem uma conclusão definitiva. Com isso, o Emla não vem sendo utilizado rotineiramente nas unidades de terapia intensiva neonatal porque é preciso esperar 60-90 minutos para obter o efeito anestésico (TAMEZ, 2013).

Enquanto a lidocaína recomenda-se a infiltração local de lidocaína a 0,5% sem adrenalina na dose de 5 mg/Kg (1ml/Kg) por via subcutânea em neonatos submetidos à punção

liquórica, inserção de cateteres, drenagem torácica e, eventualmente, punção arterial (LOPES, 2017).

A sedação contínua no recém-nascido não reduz a dor, são agentes farmacológicos que diminuem a atividade e a agitação do paciente, sua indicação é para realização de procedimento diagnósticos que requerem um grau de imobilidade. Devem ser utilizados com muito critério porque não promovem analgesia, aumentam o período de ventilação mecânica e elevam o risco de hemorragia peri e intraventricular nos prematuros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

2.8 PAPEL DA ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA DOR NA NEONATOLOGIA

A equipe de enfermagem possui um papel fundamental no controle da dor e sofrimento dos RNPT, pois estão a todo momento prestando cuidados durante a internação, e são responsáveis pela maioria dos procedimentos invasivos e dolorosos. Se faz necessário a desconstrução dos argumentos de que os bebês não sentem dor, dado que os elementos funcionais e neuroquímicos do sistema nervoso se faz essencial para que ocorra a transmissão dos impulsos dolorosos ao córtex cerebral do neonato, e assim o RNPT sente dor (NOBREGA et al., 2016).

A enfermagem deve realizar seus cuidados de maneira humanizada, tendo como objetivo o bem estar do paciente, oferecendo um atendimento de forma coerente, individual e de qualidade, para que assim se chegue à recuperação da saúde (SANTOS et al., 2015).

O processo de enfermagem é uma das ferramentas que mais se difundem dentro da assistência, auxiliando na elaboração do plano de cuidados e que possibilita uma avaliação da efetividade, proporcionando assim um respaldo positivo para os enfermeiros (TRINDADE et al., 2015).

Os profissionais da UTIN possuem como responsabilidade, a qualificação técnica e clínica, deve-se destacar a necessidade de pesquisa científica por meio de instrumentos com instrumentos validados, e visando o aprimoramento dos conhecimentos no manejo da dor dos RNPT nos serviços intensivos de neonatologia (SOUSA et al., 2017).

Devido a dor trazer prejuízos para os prematuros, a equipe de enfermagem pode desenvolver e utilizar alguns mecanismos que quantifiquem a dor, e medidas para alívio e controle. Desta forma, os profissionais devem conhecer e dominar as variáveis sobre a dor, nos procedimentos de enfermagem e nos cuidados, promovendo assim mais conforto e desenvolvimento adequado ao neonato (LIMA et al., 2020).

O manejo da dor nos pacientes neonatais deve seguir intervenções para a minimização da intensidade e durabilidade da dor ou desconforto, auxiliando o paciente como a se recuperar sempre que seja necessário. A resolução de outubro do ano de 1995, os Direitos da criança e do adolescente hospitalizados consta “tem direito de não sentir dor, quando existem meios para evita-lo” (BRASIL, 2009).

A enfermagem possui uma grande relevância nos cuidados dos RNPT, são desenvolvidos cuidados com atenção e incluindo a subjetividade na avaliação dos sintomas e auxiliando no conforto e no bem estar, implementando estratégias de alívio e avaliando a sua eficácia (MONFRIM et al., 2015).

2.9 TEORIA DO CONFORTO DE KATHARINE KOLCABA

Katharine Kolcaba nasceu na cidade de Cleveland, Ohio nos Estados Unidos em 1944. Possui formação em Enfermagem no ano de 1965 pela *St Luke's Hospital School of Nursing*. Possui especialização na área de gerontologia e tornou-se PhD no ano de 1997 (KOLCABA, 2003).

Kolcaba possui uma teoria de enfermagem com conceitos sobre a importância do conforto, que para ela se define como “estado imediato de estar fortalecido ao ter necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência dirigidas em quatro contextos de experiência (físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental)” (KOLCABA, 2003, p.251).

Kolcaba (1994) divide as necessidades associadas ao conforto em três tipos, sendo elas: alívio: como a experiência do enfermo quando o seu desconforto é aliviado ou reduzido, alguma necessidade do indivíduo é satisfeita; tranquilidade: está associada a ausência de desconfortos, um estado de calma e paz; e transcendência: relaciona-se a habilidade do enfermo em superar o seu desconforto e sofrimento, em momentos onde os mesmos são inevitáveis ou erradicados.

As circunstâncias de experiências no qual o conforto é vivenciado, são definidos como: físico: refere-se a sensações que o corpo apresenta e os seus mecanismos de homeostasia; psico-espiritual: refere-se à consciência sobre si mesmo, de uma maneira mais internalizada, incluindo a autoestima, os conceitos sobre si mesmo, sexualidade e significado da vida. Se abrangem também as relações com um ser maior social: refere-se a relações interpessoais, culturais e familiares. São incluídos tradições, linguagem, educação, informações e costumes; e ambiental: refere-se a condições ou influência do meio externo, incluindo assim também luzes, ruídos, temperatura, elementos naturais, elementos sintéticos e ambiente.

Se fortalece a ideia de que as enfermeiras podem controlar o meio do enfermo, em questões de ambiente, ruídos com o objetivo de aumentar o conforto (KOLCABA, 2003).

Ao enfatizar os aspectos relacionados ao conforto em contextos físicos, sociais, psico-espirituais e ambientais, contribuem para um desempenho mais proativo e multifacetário do cuidar. O recém-nascido com dor tem a necessidade de cuidados, sendo necessárias uma ou mais medidas de conforto para que se consiga obter o bem-estar. Estes bebês podem apresentar dor, frio, desconfortos e alterações fisiológicas, sendo estes motivos para uma intervenção com objetivo de alívio e tranquilidade. A equipe de enfermagem deve atuar com confiança e motivação para obter uma resposta adequada, com medidas simples como o colo, o contato, um toque mais suave e o carinho podem ajudar a ultrapassar os momentos de dor e desconforto que causam sofrimento (KOLCABA, 2003).

Kolcaba define o conforto em métodos para satisfazer as necessidades humanas básicas de alívio, transcendência e contentamento em situações que possam resultar em stress. Pode-se descrever como um estado mais dinâmico e multifacetado que o indivíduo apresenta, e que deste modo exige intervenções inter relacionadas. O conforto para a enfermagem é um aspecto muito importante, reflete em ganhos tanto físicos como psicológicos (KOLCABA, 1998).

Kolcaba (1998) começou a investigar sobre assuntos relacionados ao conforto, com revisões sobre o tema em diversas áreas da saúde, ela compreende seis definições, sendo elas:

A primeira, afirma que o conforto é o alívio do desconforto, são medidas de conforto, elementos ou agentes que colaborem para auxiliar no conforto.

Na segunda, o conforto significa contentamento. Deste modo se implica na ausência de condições que acabem com o conforto, como a dor, as preocupações e o sofrimento.

No terceiro, relaciona o conforto como o alívio do desconforto definida de duas maneiras, a causa da dor foi tratada ou pode-se ter um alívio parcial do desconforto e que geralmente ocorrem em casos mais específicos como em desconfortos severos.

No quarto, o conforto é tratado como aquilo que torna a vida ainda mais prazerosa e fácil.

No quinto, conforto pode-se definir como o fortalecimento, a ajuda, o socorro.

No sexto, o conforto é o descanso físico, algo revigorante.

Kolcaba considera uma maneira holística em que a concepção de todas as pessoas consiste em uma vida emocional, espiritual e mental conectados. Sendo assim, o conforto é holístico, pois pode-se definir como um estado dinâmico e multifacetado. As intervenções devem destinar uma melhora de um ou mais aspectos que melhoraram estes aspectos (GONÇALVES; SANTOS, 2015).

A teoria do conforto trata-se de uma teoria de enfermagem de médio alcance, as teorias de médio alcance são teorias mais específicas, possuem menos conceito, mas abrangem aspectos um pouco mais limitados. Estas teorias se apresentam com funções para uso em estruturas teóricas para os estudos da pesquisa, são abertas para a prática e para serem testadas em pesquisas como produto científico final (GONÇALVES, 2015).

3 METODOLOGIA

Metodologia é a ordem em que se atribui aos diferentes processos e etapas necessários que direciona o pesquisador a obter o resultado desejado. Concretiza-se através do conjunto de diversas etapas ou passos, que devem ser seguidos para a realização da pesquisa, e que configuram as técnicas utilizadas. Os objetivos de investigação determinam o tipo de método a ser empregado (CERVO, 2007).

Neste capítulo será apresentado o percurso metodológico para a elaboração desta pesquisa. Serão abordados os seguintes itens: modalidade de pesquisa, local de estudo, entrada no campo, procedimento de coleta, procedimentos éticos e análise e interpretação de dados.

3.1 MODALIDADE DA PESQUISA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória descritiva que foi desenvolvida mediante a uma abordagem qualitativa cujas análises foram procedidas sob a perspectiva de análise do manejo da dor em recém-nascidos pré-termo em uma unidade de terapia intensiva neonatal na visão da equipe de enfermagem.

Os objetivos da pesquisa são de modo exploratório, proporcionando maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A grande maioria dessas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão (GASQUE, 2007).

A pesquisa descritiva exige investigar uma série de informações sobre o que deseja pesquisar, esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (BAPTISTA, 2007).

Segundo Minayo (2013), o método qualitativo nas pesquisas pode ser entendido como aquele que se ocupa de um nível subjetivo associado à realidade social, tratada através de aspectos históricos, do universo, crenças, significados valores ou atitudes das figuras sociais. A pesquisa deve procurar de modo incansável compreender e interpretar de modo mais idêntico possível a lógica interna dos sujeitos estudados e seguir a sabedoria da sua "verdade".

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em uma instituição hospitalar filantrópica de um município no interior do estado de Santa Catarina, que oferece esse tipo de atendimento intensivo para os RNPT.

Esta instituição presta um serviço de referência para a população materno-infantil na região e abrange os atendimentos em um total de 27 municípios próximos.

A pesquisa ocorreu em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTI Neonatal), destinada a receber os recém-nascidos de 0 a 28 dias de vida, e que estão em um estado de saúde que necessita de um atendimento mais especializado e ininterrupto.

Este setor é composto por uma unidade de cuidados intensivos neonatais com 04 leitos, cuidados intensivos pediátricos com 02 leitos, uma unidade de cuidados intermediários (UCIN) com 10 leitos.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A população de estudo foram enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam em UTIN diretamente na assistência ao neonato prematuro. A amostra deste estudo foi composta por 15 profissionais de enfermagem que atenderam os critérios de inclusão, sendo que nenhum dos profissionais abordados recusou-se a participar.

A equipe de enfermagem da referida unidade contava com 10 enfermeiras e 10 técnicos de enfermagem, todos funcionários da instituição.

Para definir o número de entrevistados foi utilizado o critério de saturação, quando as entrevistas começaram a ter seus conteúdos repetidos.

O critério de inclusão dos participantes nesta pesquisa eram profissionais de enfermagem que incluem enfermeiros e técnicos de enfermagem e que estão em serviços de neonatologia, atuantes neste momento em cuidado direto com os recém-nascidos há mais de um ano. Todos foram informados acerca dos objetivos do estudo, aceitaram de forma livre e espontaneamente participar deste estudo.

Os critérios de exclusão foram de profissionais em período de férias, licença maternidade, atestado médico ou afastamento por qualquer outro motivo, no período da coleta de dados ou atuar em tempo inferior há um ano no serviço.

Foram entrevistados 17 profissionais de enfermagem, destas, 15 entrevistas se encaixaram nos critérios de inclusão. As entrevistas de número 8 e 16 não foram utilizadas, pois ambos profissionais possuíam tempo de atuação inferior a um ano.

3.4 ENTRADA NO CAMPO

A entrada no campo foi realizada mediante aprovação do representante legal da instituição (ANEXO I) bem como parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (ANEXO II).

Com as devidas autorizações o pesquisador iniciou a pesquisa, inicialmente foi compartilhada com a equipe de enfermagem do setor de UTIN, onde foram expostos os objetivos do estudo.

O período da realização das entrevistas ocorreu entre os meses de agosto e setembro do ano de 2021.

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA

A coleta de dados iniciou após aprovação do representante legal da instituição (ANEXO I) bem como parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (ANEXO II).

Com a finalidade de aprimorar o instrumento de coleta de dados ocorreu a realização de um teste piloto aplicado a dois participantes, cujos dados não farão parte da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador pessoalmente, sendo utilizado um roteiro com entrevista semiestruturada (APÊNDICE I), contendo perguntas relevantes ao tema. O roteiro foi norteado pelos objetivos do estudo e definido a partir das entrevistas-piloto.

A entrevista é uma forma de pesquisa semiestruturada, em que o pesquisador utiliza um roteiro para o cumprimento da atividade, o qual, no entanto, é flexível, e permite liberdade aos entrevistados em discorrer subjetivamente sobre os questionamentos (LUDKE, 2004). Dessa forma, se faz pertinente que o entrevistador, embora esteja direcionado e com o foco na centralidade da pesquisa, consiga oportunizar ao participante tranquilidade para dissertar acerca do assunto, dando ouvidos a este, a fim de que obtenha a melhor versão sobre o que realmente este pensa e se certifica, na mesma ocasião, de sua competência (LAVILLE, 1999). Considerando essa forma de coleta de dados, que tem como foco o registro do discurso dos

colaboradores, gera conteúdo ao estudo, pois permite que estes ganhem autonomia, sejam espontâneos, questionando e comentando o que julgarem necessário durante o transcorrer dos trabalhos.

Durante as entrevistas alguns profissionais apresentaram dificuldade em compreender algumas perguntas, sendo necessário uma breve explicação por parte do pesquisador, nenhuma das questões ficou sem uma resposta.

O pesquisador deixou claro sobre a livre escolha de querer ou não participar da entrevista ou desistir em qualquer momento. Nenhum dos entrevistados se sentiu incomodado com as questões ou demonstrou algum tipo de constrangimento. A duração aproximada das entrevistas foi entre 10 a 20 minutos para cada um dos participantes.

Para manter o sigilo dos participantes, os nomes foram trocados pela letra “P” significando “Pessoa” juntamente com o número da entrevista. Cada indivíduo foi entrevistado em ambiente privativo, minimizando riscos de constrangimento.

O pesquisador apresentou-se individualmente para cada participante do estudo, realizando a leitura e discussão do TCLE (ANEXO III) sem prejuízo ao fluxo de atendimento da unidade. Os sujeitos que aceitaram, livre e espontaneamente em participar do estudo, assinaram o TCLE, em duas vias de igual teor, onde uma permaneceu com o pesquisador o qual ficará sob seu domínio por um período de 5 anos, e a outra permaneceu com o entrevistado.

Devido a pandemia atual foram utilizadas as normas sanitárias para evitar o contágio e disseminação do novo coronavírus, e desta forma medidas preventivas conforme a nota técnica n°.008/2020 – DIVS/SUV/SES/SC: (ANEXO IV).

Ao término, agradeceu-se a participação de cada sujeito de pesquisa.

3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este estudo é norteado conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, regulamentadora das pesquisas envolvendo os seres humanos, o presente estudo abrange os princípios da bioética, considerando a autonomia, beneficência, justiça, não maleficência e equidade, a fim de garantir os direitos e deveres de todos os participantes desta pesquisa, comunidade científica e o Estado (BRASIL 2012b).

Segundo a Resolução 466/12 artigo III:

A eticidade da pesquisa implica em: Respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade sob forma de manifestação expressa, livre e esclarecida, de contribuir e permanecer ou não na pesquisa; b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; c) garantia de que danos previsíveis serão evitados; d) relevância social da pesquisa o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária.

Este estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Após o trabalho ser apreciado e sucedendo-se a liberação do parecer aprovado sob o número 4.796.559 (ANEXO II) procedeu-se à entrada no campo.

A coleta de dados propriamente dita, somente ocorreu mediante assinatura do entrevistado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO III) o qual foi assinado em 2 vias sendo que uma das quais entregou-se ao participante, enquanto a outra permaneceu com o pesquisador.

Foi ressaltada também, que a participação do presente estudo seria voluntária, assim quem não gostaria de participar do estudo teria todo direito de abandonar em qualquer momento a pesquisa. Não houve nenhum ressarcimento relacionado a participação desta pesquisa.

O sigilo e o anonimato das participantes foram preservados e garantidos através de codinomes, identificando os participantes e falas com letra a “P” significando “pessoa” e o número da entrevista. O nome da instituição onde a pesquisa ocorreu permanecerá em sigilo pelos pesquisadores na divulgação dos resultados.

A pesquisa possui risco mínimo aos participantes, os riscos do estudo estavam relacionados a possível constrangimento dos participantes ao responder às perguntas que compõem o instrumento de coleta de dados, bem como sentimentos vinculados a lembranças de situações vivenciadas. A fim de minimizar os riscos, a coleta foi realizada em ambiente privativo de forma individualizada. Além disso, foi proposto que se ocorresse algum dano ao participante, o mesmo seria encaminhado pelos pesquisadores a uma profissional de psicologia Larissa Alice Tiedemann CRP 12/182228, sem custo algum ao participante da pesquisa (ANEXO V).

Enquanto aos benefícios do estudo pode-se destacar a contribuição de material para produção de um trabalho científico, além do incentivo aos profissionais a conhecerem mais sobre o manejo da dor no RNPT e consequentemente possibilitar ações mais assertivas e direcionadas a temática.

3.7 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A organização do banco de dados foi feita por meio de uma planilha no programa Microsoft Word™, e na sequência foram realizadas análises dos dados obtidos através das entrevistas.

A interpretação dos dados seguiu os preceitos de análise de conteúdo proposta por Bardin. Em consonância com a literatura vigente, bem como as respostas da população em estudo estão correlacionados com a Teoria de Enfermagem de Katharine Kolcaba (Teoria do Conforto).

Bardin (1977) descreve que a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição dos conteúdos das mensagens. Sucintamente, descrevem-se os passos desse método: a pré-análise, que é uma fase mais intuitiva, porém tem o propósito de operacionalizar a fase inicial. A exploração do material, é a fase da condução das decisões tomadas. A fase de tratamento dos resultados e a interpretação diz sobre como os resultados são tratados de maneira que sejam válidos.

3.8 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados estão sendo divulgados e entregues a equipe de saúde no serviço onde será aplicado para que se possa dar continuidade caso seja necessária alguma intervenção e o nome da instituição será mantida em sigilo, também através da Mostra Acadêmica em formato de banner e apresentado para a banca avaliadora do trabalho de conclusão de curso, nas dependências da instituição de ensino UNIDAVI, onde a mesma é aberta ao público. Após apresentação a pesquisa se mantém arquivada na instituição de ensino.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A análise e discussão dos dados estão sustentada pela Teoria do Conforto de Kolcaba a qual é considerada uma experiência de caráter imediato, embasado nas necessidades de tranquilidade, alívio e transcendência, de acordo com os contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (KOLCABA, 2010).

Nesta etapa foram realizadas inicialmente as leituras de todas as entrevistas e a tabulação dos dados em formato de tabela, contendo o número da entrevista e todas as suas respostas descritas no roteiro de entrevista.

A coleta de dados do mesmo modo que a discussão segue as suposições da teoria do conforto descrita por Katharine Kolcaba, a qual fornece amparo para compreender melhor sobre o manejo da dor em recém-nascidos pré-termo internados na UTI neonatal sob a visão dos profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes na área.

Ainda da análise do material coletado, seguiu-se as etapas da análise de conteúdo de Bardin (1997) culminando em categorização com critério semântico. Abaixo segue quadro representativo das categorias temáticas com as falas correspondentes vinculadas aos subsídios teóricos de Kolcaba.

Quadro 1 – Categorias temáticas

Categoria	Fala Representativa	Subsídios teóricos Kolcaba
Saberes e práticas da equipe de enfermagem frente aos sinais de dor nos recém-nascidos pré-termo.	<i>“[...] choro forte, tremor no queixo, taquicardia forte, movimentos desordenados, expressão facial.” P5¹</i>	No desenvolvimento da sua teoria, Kolcaba acrescenta que conforto “é muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos” (Kolcaba, 2003).
Reconhecimento da dor no recém-nascido pré-termo	<i>“Sim avalio através do choro, da face de dor e da irritabilidade do RN” P17²</i>	A avaliação da dor favorece o conhecimento de sua origem. Porém, devido à sua subjetividade, os instrumentos são necessários padrão para sua mensuração objetiva (Kolcaba, 2009)
	<i>“Manuseio mínimo;</i>	

¹ Entrevista respondida por Entrevistado 5 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

² Entrevista respondida por Entrevistado 17 [set, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021

<p>Tratamento da dor no recém-nascido pré-termo</p>	<p><i>Mudança de decúbito; Estímulo de sucção; Enrolar o RN, deixando o aconchegado. Medicações</i>". P4³</p>	<p>Kolcaba (2003) permite considerar o fenômeno conforto associado ao cotidiano da prática dos profissionais de enfermagem, sendo proporcionado por meio de intervenções/ações denominadas medidas de conforto.</p>
--	--	---

Fonte: elaborado pelo autor, 2021.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Participaram do estudo 15 profissionais de enfermagem atuantes na área de cuidados intensivos neonatais.

A amostra foi composta por 11 técnicas de enfermagem e 04 enfermeiras estas que alternam funções administrativas e assistenciais.

Considerando o sexo feminino como predominante, sendo todas as participantes mulheres. A idade das profissionais variou entre 21 anos a 57 anos.

Em relação ao tempo de experiência observou-se que a maioria das profissionais possuem um tempo superior a um ano de atuação na área, chegando até mesmo a 17 anos de vivência profissional em pediatria e neonatologia.

4.2 SABERES E PRÁTICAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AOS SINAIS DE DOR NOS RNPT

Para exemplificar a discussão dessa primeira categoria optou-se pelo esquema representativo atrelado às dimensões e contextos da teoria de Kolcaba (2010).

Importante salientar que a autora defende a teoria do conforto e todos os contextos devem ser considerados, nessa discussão foi possível destacar os contextos físico, ambiental e psicoespiritual.

Quadro 2 – Representação da temática 1 à luz da teoria de Kolcaba

Necessidade de Conforto do RNPT frente aos Saberes da Equipe

³ Entrevista respondida por Entrevistado 4 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021

CONTEXTO FÍSICO	“[...] <i>tremor no queixo, taquicardia forte, movimentos desordenados, expressão facial.</i> ” P5 ⁴
CONTEXTO AMBIENTAL	“[...] <i>ao arrumar eles vejo se estão incomodados.</i> ” P17 ⁵
CONTEXTO PSICOESPIRITUAL	“ <i>Choro, agitação.</i> ” P6 ⁶

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Ao considerar o contexto físico frente aos saberes da equipe observa-se que a maioria dos profissionais entrevistados sabem reconhecer quando um RNPT está sentindo dor. Os parâmetros fisiológicos citados foram alterações como taquicardia, taquipnéia e elevação da pressão arterial. “[...] *taquicardia, taquipneia, agitação e fadiga.*” P9 “[...] *alteração nos sinais vitais.*” P4

Caetano (2013) traz que, mediante a dor, o RNPT apresenta alterações tanto em parâmetros fisiológicos, como nos comportamentais. Os parâmetros fisiológicos, se destacam a frequência cardíaca aumentada, frequência respiratória também aumentada e a pressão arterial elevada, com ênfase a pressão sistólica (CAETANO et al., 2013).

O desconforto ocorre diariamente em uma UTIN devido a quantidade de procedimentos e cuidados prestados aos RNPT, e que são rotineiros do setor.

Ao considerar o contexto de internação em terapia intensiva neonatal a dor e desconfortos podem estar presentes na rotina, segundo Martins (2013), os RNPT são expostos diariamente a diversos fatores estressantes, como procedimentos invasivos, manipulação contínua, estressores com luminosidades e/ou ruídos, aspiração de cânulas endotraqueais, punções, coleta de exames, sondagens, curativos, intubação, entre outros procedimentos rotineiros.

Segundo Kolcaba (1991), “O contexto físico pertence às sensações do corpo.”

A internação dos RNPT possui como intenção a sua recuperação de modo positivo, diversos são os estudos e aperfeiçoamentos constantes sobre técnicas e condutas para atender este público de uma forma resolutiva. Porém muitas vezes o ambiente crítico gera diversos desconfortos que atingem diretamente o seu tratamento. A UTIN é um dos locais mais

⁴ Entrevista respondida por Entrevistado 5 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

⁵ Entrevista respondida por Entrevistado 17 [set, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

⁶ Entrevista respondida por Entrevistado 6 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

importantes para a sobrevivência dos RNPT que requerem cuidados mais especializados e de modo contínuo (CARDOSO et al., 2015).

O grande número de nascimento de RNPT fez com que houvesse uma evolução tecnológica para um melhor desempenho, e em decorrência disso a UTIN tornou-se um ambiente caótico e que em contrapartida pode interferir na saúde e recuperação dos RNPT lá internados devido aos desconfortos gerados (CORREIA; MENDONÇA; SOUZA, 2014).

O desconforto pode ser gerado de modo imperceptível na maior parte do tempo pela equipe da UTIN através de iluminação, ruídos ou manuseio ao longo do seu período de internação, e que pode desencadear outros problemas além do que está sendo tratado.

De acordo com as palavras de Libanio (2016), o RNPT após ser internado em uma UTIN, é submetido a cuidados contínuos e de urgência, contando com diversos procedimentos invasivos e também dolorosos, assim como o manuseio excessivo durante um curto período de tempo nos cuidados de rotina, iluminação e ruídos produzidos pelo próprio ambiente podendo gerar desequilíbrios no seu desenvolvimento, e até mesmo prorrogar o seu tempo de internação e recuperação.

O contexto ambiental tem como foco o ambiente e suas condições de influência externa, incluindo cores, sons/ruídos, odor, temperatura e também elementos naturais e artificiais (KOLCABA, 2003). Setores que prestam atendimento de terapia intensiva possuem uma característica de um ambiente mais conturbado do que os demais, os profissionais precisam ser ágeis na maior parte do tempo nos seus atendimentos, visto que os pacientes geralmente estão instáveis e requerem mais atenção e tempo.

Brasil (2011) diz que a UTIN rotineiramente não é um local tranquilo e silencioso, a maioria das vezes estes locais são pequenos, as atividades são constantes no setor e os equipamentos fazem muito barulho. Desta forma, esta soma de fatores resulta na UTIN como um ambiente altamente ruidoso. As alterações mais perceptíveis são os de estresse, que interferem de uma maneira direta na elevação dos sinais vitais do RNPT.

O RNPT em exposição frequente aos níveis elevados de ruídos pode apresentar alterações fisiológicas e também comportamentais, como a bradicardia, anóxia, elevação de níveis pressóricos e pressão intracraniana, dificuldade na interação social e, maior risco de hemorragia, alterações no sono, fadiga, apneia e a elevação de consumo de oxigênio e da frequência cardíaca, interligados ao cansaço e gasto energético que dificultam no ganho de peso (BRASIL, 2011; ZAMBERLAN et al., 2012). A luminosidade é um dos fatores que devem ser considerados em uma UTIN, ela interfere diretamente no conforto dos RNPT e no seu estresse. A intensa luz, e os ruídos em uma grande intensidade podem levar o RNPT a uma bradicardia,

ao aumento da sua atividade motora, diminuição do seu tempo de sono e a queda da saturação. (BRASIL, 2011).

No que abrange a questão do ambiente, uma UTIN é um dos setores mais críticos de um hospital, os pacientes estão mais instáveis e expostos a um local por vezes caótico de urgência e a procedimentos dolorosos repetidas vezes. Estas situações podem causar dor e desconforto ao RNPT, e podem gerar diversos estressores ao longo do seu período de internação, interferindo diretamente na sua recuperação. Desta forma o contexto ambiental é por vezes nocivo, e nem sempre é levado também em consideração por parte dos profissionais na sua prática diária.

A característica comportamental mais referenciada pelos entrevistados foi o choro, seguido de agitação e expressões faciais.

“Às vezes, em prematuros é difícil, mas o choro é um dos sinais.” P4⁷

“Choro, expressão facial, agitação.” P7⁸

“[...] choro persistente e agitação.” P3⁹

Ao considerar o contexto no qual ocorre o conforto psicoespiritual destacou-se o choro, citado praticamente em todas as respostas. O choro é considerado como método primário de comunicação nos RNPT, estabelecendo uma linguagem não verbal, mas que é primordial para a análise e diagnóstico de dor ou desconfortos apresentados.

Quando questionados sobre se ausência do choro durante procedimento doloroso indicaria que o neonato não estaria sentindo dor, todos os participantes foram unânimes em discordar da afirmação, bem como discordaram também da correlação do sono após procedimento doloroso.

O choro é a manifestação mais comum nos RNPT que apresentem estímulos dolorosos, ele apresenta uma ausência no padrão melódico, com uma tonalidade um pouco mais aguda, e uma duração mais prolongada. Além do choro, outros fatores devem estar associados, pois deve-se levar em consideração que o choro pode estar relacionado com situações de desconforto ou fome (SPOSITO et al., 2017).

⁷ Entrevista respondida por Entrevistado 4 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

⁸ Entrevista respondida por Entrevistado 7 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

⁹ Entrevista respondida por Entrevistado 3 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

O choro de dor possui uma característica diferenciada, sendo mais agudo, e assim se destacando de um choro devido a outros motivos, segundo os entrevistados.

Para Kolcaba (1991) contexto psicoespiritual pertence à consciência interna do eu, e que inclui: estima, conceito, a sexualidade e o significado da vida para o indivíduo. Como destacado anteriormente, o choro do RNPT é um parâmetro importante sendo um modo de comunicação neste período. Investigações de Santos (2000) em concordância com Brazelton (2000) choro é entendido como uma programação biológica que não transmite somente uma mensagem lógica tal como “preciso de ti”, mais uma série de outros sinais de caráter emocional.

Alinhado a discussão acima Winnicott (1957 *apud* Santos, 2000) distingue quatro tipos de choro: de satisfação, dor, raiva e tristeza que de algum modo transmitem a evolução do bebê, porque seu aparecimento implica em estruturas psíquicas progressivamente mais complexas.

De forma informal foi possível entender a partir das falas que as profissionais conhecem e conseguem diferenciar um choro de dor, e este reconhecimento na prática do dia-a-dia é um grande aliado para trazer conforto a estes pacientes. O choro de dor possui uma característica diferenciada, sendo mais agudo, e assim se destacando de um choro devido a outros motivos, segundo os entrevistados.

Brazelton (2000) discute que o choro pode indicar necessidade cortar contato com ambiente sendo esse responsável por determinadas influências. O autor traz ainda a possibilidade de identificação de seis choros básicos: dor, fome, fadiga, aborrecimento, desconforto e choro no final do dia. Nota-se que que a destreza em reconhecer e diferenciar o choro vem das vivências e maior experiência destes profissionais, bem a necessidade de acalmar o bebê nesses momentos vinculando essa ação como modo de tratamento e alívio de dor e desconfortos; a frente apresenta-se uma discussão direcionada a temática tratamento.

O choro é um parâmetro importante quando se trata dos RNPT, é o meio por onde eles são capazes de se comunicar neste período. Entende-se a partir das falas que as profissionais conhecem e conseguem diferenciar um choro de dor, e este reconhecimento na prática do dia-a-dia é um grande aliado para trazer conforto a estes pacientes. Além disso, nota-se que que a destreza em reconhecer e diferenciar o choro vem das vivências e maior experiência destas profissionais.

Outra abordagem realizada foi sobre a correlação entre o maior tempo de exposição a procedimento dolorosos e tolerância à dor, nesse aspecto houve discreta divergência, 13 participantes disseram que os RNPT não se tornam mais resistentes a dor e apenas 02 participantes afirmam que sim, acabam mais tolerantes a dor ao longo do tempo de internação.

Estudos de Guinsburg e Cuenca (2010) indicam que a dor nos neonatos possuem repercussões orgânicas e emocionais que podem interferir a curto e longo prazo, e podem modificar de um modo contínuo a organização do sistema nociceptivo e podem potencializar alterações psicossomáticas, psiquiátricas e cognitivas na infância e que podem se perdurar até a adolescência.

De maneira geral os entrevistados conseguiram transmitir entendimento a partir de seus saberes e experiência, importante considerar que a rotina do serviço pode ser reputada como fonte de conhecimento. Kolcaba enfatiza que a enfermagem é provedora de conforto, para tal o conhecimento é de suma importância e o cuidado confortador está alicerçado nessa premissa.

4.3 RECONHECIMENTO DA DOR NO RNPT

Por meio desta categoria objetiva-se discutir sobre o reconhecimento da dor nos RNPT internados em UTIN e conseqüentemente meios utilizados para avaliação. Abaixo segue quadro explicativo trazendo as falas dos entrevistados que melhor representam a temática alinhado com os contextos de Kolcaba.

Quadro 3 – Representação da temática 2 à luz da teoria de Kolcaba

Necessidade de Conforto do RNPT: Frente ao Reconhecimento da dor	
CONTEXTO FÍSICO	<i>“Existem escalas para a avaliação da dor em recém nascidos” P12¹⁰</i>
CONTEXTO AMBIENTAL	<i>“Identificar sua dor é uma maneira de amenizar sem saber diretamente onde agir.” P13¹¹</i>
CONTEXTO PSICOESPIRITUAL	<i>“Sempre que o RN estiver agitado, choroso [...]” P4¹²</i>

¹⁰ Entrevista respondida por Entrevistado 12 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

¹¹ Entrevista respondida por Entrevistado 13 [set, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

¹² Entrevista respondida por Entrevistado 4 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

CONTEXTO SOCIOCULTURAL	<i>“[...]o fato de não haver uma “cultura” de cuidados com a dor do neonato se assim possa dizer [...]” P9¹³</i>
---------------------------	---

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Estudos sobre dor avançaram muito nas últimas duas décadas tornando a sua avaliação e a intervenção uma preocupação crescente entre os profissionais de saúde. Ao considerar o manejo da dor nesse público, torna-se necessário o entendimento do reconhecimento da dor para então posteriormente os métodos de avaliação.

A definição de “reconhecimento” remete ao ato ou efeito de admitir como verdadeiro ou reconhecimento de um direito, já a avaliação é entendida como ato de mensurar; frente a tais definições conclui-se que são ações diferenciadas, porém não ocorrem de forma isolada. (DICIO, 2021)

Quando questionados sobre a frequência que realizavam a avaliação da dor, muitos dos entrevistados trouxeram falas que denotam que o reconhecimento precede a avaliação propriamente dita, como representado pelas falas e P17¹⁴ *“sempre que entro para arrumar eles vejo se estão incomodados”* e P4¹⁵ *“sempre que o RN estiver agitado, choroso ou sinais vitais alterados”*

Sendo assim, pode-se considerar que o processo de reconhecimento da dor nos neonatos prematuros na referida UTIN vem ocorrendo de maneira individualizada e não sistematizada, embasada em valores de formação profissional. Abaixo segue algumas falas representativas:

“Se é um paciente que foi submetido a algum procedimento doloroso de maior duração, avalio a cada uma hora ou quando há alteração dos SSVV.” P12¹⁶

“Sempre que vou realizar algum procedimento no RN.” P3¹⁷

“Quando necessário.” P2¹⁸

¹³ Entrevista respondida por Entrevistado 9 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

¹⁴ Entrevista respondida por Entrevistado 17 [set, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

¹⁵ Entrevista respondida por Entrevistado 4 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

¹⁶ Entrevista respondida por Entrevistado 12 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

¹⁷ Entrevista respondida por Entrevistado 13 [set, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

¹⁸ Entrevista respondida por Entrevistado 2 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

O objetivo da avaliação da dor deve ser o de proporcionar dados acurados, para determinar quais ações devem ser adotadas para aliviá-la ou aboli-la e, ao mesmo tempo, avaliar a eficácia dessas ações. Na área da neonatologia a não verbalização dos pacientes é uma das dificuldades encontradas diariamente, e desta maneira os profissionais precisam encontrar outros meios de reconhecer os sentimentos apresentados pelo RNPT, ainda mais quando se trata de algo tão subjetivo como a dor.

Moraes (2013), enfatiza que os profissionais de enfermagem atuantes com práticas de cuidado direto, precisam desenvolver habilidades e estratégias que efetivem o cuidado de uma maneira criativa e também dinâmica, embasada em evidências científicas, para que desta forma se assegure a garantia de adequabilidade e o aproveitamento positivo das atividades assistenciais prestadas.

Neste mesmo linear, a teoria do conforto de Kolcaba faz referências sobre a importância de identificar quais são as necessidades apresentadas pelos pacientes, para que assim, sejam realizadas medidas de alívio.

De acordo com a teoria do conforto, os profissionais de enfermagem identificam as necessidades de conforto das pessoas que estão sob os seus cuidados e realizam medidas de conforto e ao mesmo tempo avaliam a satisfação do conforto, ligadas às ações praticadas. A teoria demanda a integralidade institucional, e satisfação dos pacientes, reduzindo assim a ocorrência de morbidade e reinternação dos mesmos. Melhorando assim as políticas e as práticas de saúde (KOLCABA, 2011).

Diante das respostas dos profissionais de enfermagem sobre o reconhecimento da dor, é notável que todos possuem uma facilidade em identificar se o RNPT está sentindo dor, a partir de parâmetros como as alterações nos sinais vitais, o choro agudo e persistente, agitação, expressão facial, rigidez, fadiga e atividade motora diferenciada.

“[...] expressão de choro, agitação, taquicardia, inquietação.” P1¹⁹

“Taquicardia, taquipneia, face, agitação e fadiga.” P15²⁰

“Olhos comprimidos, língua, choro forte, tremor no queixo, taquicardia forte, movimentos desordenados, expressão facial.” P5²¹

¹⁹ Entrevista respondida por Entrevistado 1 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

²⁰ Entrevista respondida por Entrevistado 15 [set, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

²¹ Entrevista respondida por Entrevistado 5 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

“Taquicardia, choro agudo, rigidez de tórax, face de dor, taquipneia, atividade motora.” P9²²

Apesar dos parâmetros fisiológicos estarem alterados, não devem ser utilizados de maneira isolada para decidir qual a melhor conduta a ser tomada para analgesia da dor, justificado pelo fato de que após um estímulo nociceptivo estressante, podem haver alterações semelhantes, e assim não condiz com dor (CAETANO et al., 2013).

Assim, nem sempre que o RNPT apresenta choro ou algum dos demais sintomas que os profissionais citam anteriormente em suas falas, realmente significa que estejam sentindo dor. Desta forma se faz necessário utilizar de outros meios complementares para uma análise mais fidedigna e confiável, facilitando assim a tomada de decisão sobre a conduta mais correta a ser seguida.

No que se refere ao conhecimento sobre escalas e métodos de avaliação seguros, nota-se que a maioria dos profissionais de enfermagem entrevistados não conhecem os métodos de avaliação de dor confiáveis ao RNPT disponíveis atualmente quando questionados. *“Nenhuma” P7²³ “Não” P3²⁴.*

Existem mais de 40 escalas para avaliar a dor em recém-nascidos, mas não existe um instrumento que seja padrão ouro. Devido a essa diversidade de escalas disponíveis, se faz necessário que as instituições definam um desses roteiros que mais se adequem à prática atendida na unidade para a avaliação de dor nos recém-nascidos e realize um treinamento prático e frequente a equipe multidisciplinar neonatal (BALDA; GUINSBURG, 2020).

As escalas de avaliação de dor são ferramentas disponíveis aos profissionais de enfermagem e que permitem uma conduta mais segura e fidedigna em relação a dor do RNPT. Além disso, diante as diversas escalas, consegue-se abranger e atender a todos os tipos de pacientes, em diferentes situações de saúde.

Quando questionadas sobre a existência dos métodos de avaliação de dor, apenas duas entrevistas sugeriram as escalas, conforme o seu conhecimento, se destacando apenas duas delas. *“Escala de NIPS.” P5²⁵ “A NFSC (Avalia movimento facial, lábios, boca, etc.).” P9²⁶*

²² Entrevista respondida por Entrevistado 9 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

²³ Entrevista respondida por Entrevistado 7 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

²⁴ Entrevista respondida por Entrevistado 3 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

²⁵ Entrevista respondida por Entrevistado 5 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

²⁶ Entrevista respondida por Entrevistado 9 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

Sobre este aspecto, um fato que chama a atenção é que os profissionais que sabiam da existência destas escalas de avaliação de dor em RNPT foram todas enfermeiras, sendo estas, profissionais de nível superior e que possuem um maior conhecimento sobre as teorias, de maneira mais aprofundada.

Outra situação relevante é que alguns profissionais sabem da existência destes métodos quando questionados, mas não possuem conhecimento sobre quais são eles, sobre a sua confiabilidade comprovada para avaliação de dor ou até mesmo possuem algum treinamento da sua aplicabilidade.

“Sim, mas não utilizamos no cotidiano.” P10²⁷

“Falta de conhecimento e métodos de avaliação.” P11²⁸

“Existem escalar para a avaliação da dor em recém nascidos.” P12²⁹

Para Kolcaba (2010), o conforto demanda em intervenções que devem ser executadas com o objetivo de atingir o conforto de modo parcial aos pacientes, assim as enfermeiras devem identificar os desconfortos ocasionados pela problemática da fisiopatologia, e devem ser elaboradas intervenções de cuidados que serão eficientes, e assim os resultados são praticamente imediatos. A teoria está diretamente relacionada ao comportamento saudável e ao bem-estar, sendo estes os objetivos esperados.

Diante das respostas obtidas, é perceptível algumas dificuldades pela falta de um método confiável de identificação de dor, onde os profissionais não conseguem identificar a real eficiência de suas ações. *“A maior dificuldade é por não ter certeza se a dor passou, totalmente ou parcialmente.” P12³⁰*.

Desse modo, a utilização das escalas auxiliaria tanto na identificação inicial da dor, quanto após as medidas de alívio serem realizadas, para que se compreenda a efetividade ou para que se tome as devidas providências na continuidade do tratamento, com medidas de alívio diferentes ou até mesmo farmacológicas.

²⁷ Entrevista respondida por Entrevistado 10 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

²⁸ Entrevista respondida por Entrevistado 11 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

²⁹ Entrevista respondida por Entrevistado 12 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

³⁰ Entrevista respondida por Entrevistado 12 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

Diante desta categoria, se faz aparente que se houvesse a introdução dos métodos de avaliação no cotidiano destes profissionais, assim como citados nesta discussão, tornaria o meio de avaliação da dor mais efetivo cientificamente e podendo assim atingir os fatores do conforto descritos por Kolcaba, na tentativa de uma assistência que acolha todos os pontos fragilizados ao RNPT com dor. As escalas são simples, seguras e de fácil aplicabilidade.

4.4 TRATAMENTO DA DOR NO RNPT

Essa última categoria objetiva apresentar as intervenções de enfermagem aplicadas pela equipe para o alívio da dor nos RNPT. No quadro abaixo está a representação da primeira dimensão em que ocorre o conforto para Kolcaba, a saber: alívio, tranquilidade e transcendência.

Quadro 4 – Representação da temática 3 à luz da teoria de Kolcaba

Necessidade de Conforto do RNPT: Tratamento da dor		
Dimensão	Conceito de Kolcaba (2003)	Fala Representativa
Alívio	O conforto como alívio é um resultado holístico imediate , que pode ser modificado rapidamente com a mudança das circunstâncias.	<i>“Pausa no procedimento sempre que possível, oferta de dedo enluvado para sucção a fim de oferecer conforto [...]” P2³¹</i>
Tranquilidade	O conforto como tranquilidade é definido como estado de calma ou satisfação, o qual relaciona-se a satisfação de necessidades específicas, que causam desconforto ou interferem com o conforto. É um estado mais duradouro e contínuo, de contentamento e bem estar.	<i>“Manuseio mínimo; Mudança de decúbito; Estímulo de sucção; Enrolar o RN, deixando o aconchegado [...]” P4³²</i>
Transcendência	O conforto como transcendência é compreendido como condição em que se está por cima dos problemas ou da dor própria, como o nível mais elevado de conforto , a partir da satisfação de necessidades de educação e motivação, para capacitar o cliente a desenvolver seus potenciais e adotar hábitos de vida.	<i>“[...] Diminuir os ruídos; Aplicação de método canguru; Amor. [...]” P5³³</i>

Fonte: elaborado pelo autor, 2021.

³¹ Entrevista respondida por Entrevistado 2 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

³² Entrevista respondida por Entrevistado 4 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

³³ Entrevista respondida por Entrevistado 5 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

Existem diversas maneiras de tratar a dor em um RNPT após uma avaliação adequada, por meio de métodos farmacológicos e não farmacológicos, que podem ser aplicadas pelos profissionais de enfermagem no cotidiano da UTIN.

O alívio da dor está totalmente associado ao conforto do RNPT e conseqüentemente a sua melhora e recuperação. Sendo assim, esta temática pode ser interligada com a teoria do conforto de Kolcaba, que fornece um grande subsídio para a resolubilidade destas questões.

Para Kolcaba, o conforto é um resultado imediato e desejável com a prática da enfermagem que quando alcançado produz um estado de alívio, tranquilidade e transcendência no contexto físico, psicoespiritual, social e também ambiental (KOLCABA, 1992).

Conforme a primeira dimensão descrita no quadro 4, o alívio é o resultado de ações realizadas pelos profissionais de enfermagem quando o RNPT está sentindo dor momentaneamente. São meios encontrados e necessários de acordo com a intensidade da dor e disponibilidade aos profissionais na UTIN.

Nesta etapa do processo do cuidar, os profissionais desempenham medidas de alívio. Nesta mesma vertente, algumas falas demonstram quais são estas medidas adotadas pela equipe de enfermagem.

“Medicação, conforto, posição, na incubadora.” P10³⁴

“Depende da dor, pode se tentar o reposicionamento, proporcionando conforto, compressas quente ou fria, ou até mesmo intervenção medicamentosa quando está prescrita e conforme orientação médica e da supervisão de enfermagem.” P12³⁵

“Embrulho em panos, chupeta e o toque.” P15³⁶

Os momentos onde os profissionais mais atuam com ações para alívio segundo as respostas obtidas, são antes, durante e depois dos procedimentos invasivos, pois o RNPT está sendo exposto à dor. Torna-se notável que a preocupação dos profissionais em relação à dor é voltada prioritariamente na questão.

³⁴ Entrevista respondida por Entrevistado 10 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

³⁵ Entrevista respondida por Entrevistado 12 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

³⁶ Entrevista respondida por Entrevistado 15 [set, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

“Pausa no procedimento sempre que possível, oferta de dedo enluvado para sucção a fim de oferecer conforto. Enrolamento, quando possível a mãe vem dar colo [...].” P2³⁷

“Intervenções farmacológicas com prescrição médica, a posição para conforto, maneira de acalmá-lo após o procedimento.” P13³⁸

Alívio é o estado em qual o paciente tem uma necessidade específica atendida de maneira satisfatória. O conforto como alívio é caracterizado por um resultado holístico imediato, e que pode sofrer alterações rapidamente de acordo com a modificação das circunstâncias (KOLCABA, 2003).

Frente às medidas para o alívio da dor, os profissionais de enfermagem enfatizam em suas respostas alguns medicamentos como uma ação muito utilizada quando necessário, principalmente após os procedimentos dolorosos.

“Geralmente damos suporte para eles como dipirona dependendo do caso morfina. Se estiver intubado uma sedação conforme os médicos orientam e prescrevem.” P17³⁹

“Medicamentosa quando está prescrita e conforme orientação médica e da supervisão de enfermagem.” P12⁴⁰

Entre estas medicações, a preferência pelos não opióides está relacionada a menos efeitos colaterais, como a depressão respiratória. Os não opióides podem ser prescritos e utilizados de uma maneira mais segura, e resolvem dores leves/moderadas de forma aguda, em dores mais intensas sua eficácia é reduzida. A função de sedação, faz com que haja uma diminuição na agitação destes RNPT (CAETANO et al., 2013).

Além dos métodos farmacológicos citados e por vezes utilizados pela equipe, são encontradas diversas respostas sugestivas de medidas não farmacológicas, muito utilizadas no cotidiano de uma UTIN.

“Posicionamento (Almofadas em gel); Medicamentosas; Oferta de glicose 25% ou 50% SN; Em alguns casos o colo (Como medida de conforto).” P9⁴¹

³⁷ Entrevista respondida por Entrevistado 2 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

³⁸ Entrevista respondida por Entrevistado 13 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

³⁹ Entrevista respondida por Entrevistado 17 [set, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

⁴⁰ Entrevista respondida por Entrevistado 12 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

⁴¹ Entrevista respondida por Entrevistado 9 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

“Deixar posicionado no leito, conforto que podemos oferecer, temperatura adequada, realizar os procedimentos conforme o protocolo.” P7⁴²

As medidas não farmacológicas são ações simples e rápidas que possuem uma grande colaboração no alívio da dor no neonato. São diversos métodos que podem ser utilizados, de acordo com o que esteja disponível no setor e possuem uma boa aceitação devido a sua efetividade.

Essas intervenções são consideradas modo não invasivo, com um custo baixo, que possui uma fácil aplicação e não possui riscos elevados. Podendo ser utilizada no manejo de dor e possui como objetivo a prevenção de estímulos dolorosos aumentados no RNPT frente a estímulos dolorosos e estressantes. Estas intervenções podem ser utilizadas também em todas as situações que provoquem desconforto ou dor de uma maneira isolada ou também como combinações com outras medidas de alívio da dor, incluindo as medidas farmacológicas (SILVA, 2011).

Os meios não farmacológicos podem ser prescritos pelo enfermeiro e proporcionam ainda mais autonomia ao profissional, se estas medidas são de seu conhecimento, fornecendo assim um atendimento de qualidade e também menos invasivo, o que auxilia diretamente na recuperação e desenvolvimento do RNPT. Ao fazerem referência a protocolos entende-se que são os protocolos de manuseio mínimo, o qual objetiva reunir os procedimentos que estão programados a ocorrer em apenas um turno, com a finalidade de que o RNPT tenha momentos de quietude e sem exaustões prolongadas, visando a melhora deste paciente. Esta técnica possui um baixo custo e que demanda apenas de organização e comunicação entre a equipe (GIORDANI; BERTE; LOUREIRO, 2017).

É de suma importância o tratamento não somente da dor, mas os seus sinais e sintomas denominados estressores, pois todos estes fatores interferem na recuperação do RNPT e estão associados também ao seu tempo de internação.

O choro, é um ponto importante na identificação da dor do RNPT, mas de uma maneira excessiva e sem que ocorra o tratamento devido, este fator pode prejudicar o seu tratamento, pois gera gasto energético desnecessário, o que implica na sua recuperação de forma direta e de modo negativo, devido a ocorrer uma escassez da sua reserva energética (MARTINS et al., 2013).

⁴² Entrevista respondida por Entrevistado 7 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

Desta forma os profissionais de enfermagem podem atuar com medidas de alívio, melhorando assim as funcionalidades metabólicas e para o ganho de peso do RNPT, fator associado à sua recuperação.

Para tratamento do choro, medidas simples como as não farmacológicas se tornam um grande aliado, podendo acalmar e aliviar os desconfortos apresentados pelo RNPT. Uma alternativa seria a sucção não nutritiva, por exemplo.

A sucção não nutritiva é realizada com dedos enluvados e mostra uma grande relevância na diminuição da agitação e irritabilidade dos RNPT, notável durante os procedimentos dolorosos, melhorando assim o seu desconforto (ALVES et al., 2011).

Podem ser utilizadas soluções juntamente na sucção para potencializar a sua efetividade. Sabe-se que a utilização de mais de um método não farmacológico para o alívio da dor, como a glicose ou sacarose, apresenta efeitos positivos na redução da dor em RNPT do que as técnicas em uma maneira isolada (HARDY et al., 2011). Os indicadores comportamentais sobre a resposta da dor com maior sensibilidade às soluções de sacarose são a mímica facial e o choro. Se tratando de parâmetros fisiológicos, a frequência cardíaca apresenta diminuição e recuperação (GASPARDO; LINHARES; MARTINEZ, 2005).

Importante destacar que tais medidas não farmacológicas permitem diferentes ações de acordo com as necessidades que o RNPT venha a apresentar, abrangendo o cuidado de maneira integral. Além disso, estas medidas podem ser utilizadas juntamente com os familiares, fornecendo autonomia e participação juntamente no cuidado.

Os pressupostos da teoria do conforto de Katharine Kolcaba defendem que o cliente em uma situação de doença deve ser o centro de atenção e cuidado, deve-se identificar as suas necessidades de conforto e traçar estratégias para melhorá-las. A instituição deve promover cuidados de saúde, e atuar para satisfazer as necessidades do cliente e da família, chamados de parceiros de cuidado (KOLCABA, 2003).

Assim correlacionando e abrangendo o cuidado com a satisfação não somente do neonato, mas também da família destacada por Kolcaba, uma das alternativas para alívio da dor associado ao contato da mãe, que auxilia na criação e fortalecimento de um vínculo de forma mais ativa neste momento da internação, atuando no desenvolvimento, sendo benéfico para ambos e que pode ser aplicada na maioria dos casos de acordo o quadro clínico, destaca-se o aleitamento materno.

O leite materno é uma substância fisiológica, a sua utilização no manejo da dor ao RNPT, esta medida é livre de efeitos colaterais ou de contra indicação a depender do caso da mãe, sendo uma das medidas mais vantajosas comparadas a outras estratégias O leite materno

aumenta a produção de melatonina, pois sua composição é rica em triptofano. A melatonina é uma das responsáveis pela regulação da endorfina e também no princípio da dor (BUENO, 2011).

O conforto como tranquilidade pode ser definido como um estado de calma e/ou satisfação, no qual está relacionado em satisfazer necessidades mais específicas, causadoras de desconfortos ou que interfiram diretamente no conforto. Este é um estado mais duradouro e contínuo, que abrange o contentamento e o bem-estar (KOLCABA, 2003).

Os cuidados realizados para a manutenção do bem estar e do conforto ao RNPT são de responsabilidade da equipe de enfermagem, dependendo do conhecimento e experiência do profissional técnico de enfermagem, ou da prescrição do enfermeiro, a fim de evitar estressores. *“Manuseio mínimo; Mudança de decúbito; Estímulo de sucção; Enrolar o RN deixando-o aconchegante; Medicamentos” P4.*⁴³

Métodos simples como estes citados na fala anterior podem auxiliar a manter uma boa homeostasia, o deixando com sensação de segurança e conforto. Assim, se mantém a tranquilidade no maior tempo possível e sem necessidade de medicações ou tranquilizantes.

O enrolamento do RNPT em cueiros também pode ser considerado uma medida eficaz, até mesmo para a estabilidade fisiológica, pois mantém o tônus muscular e a postura. A contenção pode ser realizada por cueiros ou lençóis, ajustando assim a junção do tronco (PRESBYTERO; COSTA; SANTOS, 2010).

O conforto está associado ao cotidiano de prática profissional da enfermagem, sendo proporcionado assim por meio de intervenções e ações denominadas de medidas de conforto (KOLCABA, 2003).

O conforto quanto à transcendência significa um estado de grande tranquilidade e relaxamento, onde o RNPT consegue descansar, realizar reserva energética e se manter estável e saudável. Deve-se sempre buscar com os cuidados diários manter este tipo de conforto o maior tempo possível. Kolcaba (2003), traz o conforto como transcendência onde deve ser compreendido como uma condição em que se está acima dos problemas ou até mesmo da dor, é um nível mais elevado de conforto, e a partir da satisfação das necessidades relacionadas à educação e motivação, capacitando o paciente a desenvolver os seus potenciais e também a adoção de hábitos de vida mais saudáveis, para assim realizar as suas atividades com mais independência.

⁴³ Entrevista respondida por Entrevistado 4 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

Em encontro com o conforto como transcendência, é possível encontrar falas dos profissionais sobre manter os RNPT em um constante estado de alívio, livre de estressores. *“Deixar posicionado no leito, o conforto que podemos oferecer, temperatura adequada, realizar os procedimentos conforme o protocolo.” P7⁴⁴ “[...] Ambiente calmo, reduzir luzes, diminuir ruídos [...]” P5.⁴⁵*

Outra fala destacada é sobre o manuseio mínimo e posicionamento no leito durante seus momentos de calma do RNPT. *“[...] Manuseio mínimo [...] P4⁴⁶ “[...] deixar posicionado no leito [...]” P7⁴⁷.*

Todas estas ações estão correlacionadas com o método de conforto proposto por Kolcaba, são medidas simples e de grande importância. Nota-se que há grande preocupação por parte unânime dos profissionais entrevistados sobre manter os RNPT o mais confortável possível, livre de estressores.

Kolcaba define os cuidados em saúde como promoção do conforto, ela também contextualiza este conceito como um dos objetivos da enfermagem e também como um estado relativo ao cliente em situação de saúde e doença. Também destaca a importância de compreensão da multidisciplinaridade no processo do cuidado (KOLCABA, 1992).

⁴⁴ Entrevista respondida por Entrevistado 7 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

⁴⁵ Entrevista respondida por Entrevistado 5 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

⁴⁶ Entrevista respondida por Entrevistado 4 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

⁴⁷ Entrevista respondida por Entrevistado 7 [ago, 2021]. Entrevistador: Alexandre Gabriel Samulewski. Rio do Sul, 2021.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perante ao término das devidas exposições a que esta pesquisa se propôs a realizar, tentou-se ressaltar o real conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre questões de avaliação e tratamento da dor do RNPT internado em uma UTIN.

Os objetivos da pesquisa foram alcançados, por meio da análise das falas dos profissionais participantes, que se tornaram subsídios para as discussões nas três categorias elencadas.

Os resultados da pesquisa demonstram, que os profissionais de enfermagem atuantes em uma UTIN, possuem conhecimento acerca da importância de avaliação da dor e de manejá-la sempre que necessário. No que se refere a atender as necessidades do RNPT relacionadas a desconforto e dor durante o seu período de internação, fica evidente que os profissionais se preocupam e tentam suprir estas carências na maior parte do tempo, porém quase sempre de um modo mais tecnicista.

Outro ponto importante é a forma com que a dor é levada em consideração pelos profissionais atualmente, é perceptível que decorre de um longo processo de transformação profissional, cultural e social. A dependência de outros profissionais de saúde para agir diante a necessidade apresentada pelos neonatos também foi destacada, principalmente na indicação de medidas farmacológicas.

São de conhecimento quase unânime as medidas não farmacológicas para o alívio da dor, os seus benefícios e aplicabilidade em diferentes formas e contexto. Cabe assim, com que haja entusiasmo do profissional em buscar, avaliar e utilizar estas técnicas sempre que possível. Restou ainda demonstrado a dificuldade da instituição e dos profissionais em se atentar acerca das escalas, que poderiam ser utilizadas nos atendimentos, proporcionando assim uma maior segurança aos profissionais de enfermagem em avaliar a presença e intensidade da dor, bem como mais autonomia.

Assim, fica claro a necessidade de uma possível criação de protocolo sobre a implantação das escalas para avaliação da dor, além da educação permanente sobre a sua utilização. Este fator gera uma fragmentação e o enfraquecimento de uma avaliação de modo preciso e seguro, sendo baseada apenas em análises empíricas dos profissionais de acordo com suas experiências.

Também se faz pertinente a importância dos profissionais buscarem atualização perante ao seu tema de atuação, projetando uma abordagem cada vez mais adequada para o manejo

correto da dor, e também tomando posse acerca dos protocolos institucionais para que se alcance um atendimento eficaz, ético e de modo humanizado.

O enfermeiro pode contribuir com ações educativas em relação ao treinamento dos demais profissionais sobre as escalas de avaliação da dor e medidas de alívio, sempre frisando a importância de tratar a dor e de seus efeitos benéficos ao RNPT. Salienta-se a importância de novas abordagens de estudo, podendo abranger pesquisas qualitativas ou até mesmo quantitativas, a título de exemplo sobre esta mesma temática.

Esta pesquisa contribuiu para analisar e compreender o manejo da dor em RNPT em um cenário de pesquisa, através da elaboração de um roteiro de entrevistas, que faz uma interação reflexiva dos profissionais quanto ao tema e sobre a sua própria atuação. Caso ocorra a implantação dos protocolos sobre as escalas de identificação da dor nos RNPT possibilitará a melhoria da qualidade na assistência prestada, e reduzirá o prolongamento da sua internação devido ao conforto oferecido, sendo está uma consequência muito positiva.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. de O. *et al.* Emprego de soluções adocicadas no alívio da dor neonatal em recém-nascido prematuro: uma revisão integrativa. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 4, n. 32, p.788-796, 2011. Acesso em: 01 set.2021

American Academy of Pediatrics/AAP & The American College of Obstetricians and Gynecologists. AQUINO, Fernanda Martins de; CHRITOFFEL, Marialda Moreira. Dor neonatal: medidas não farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem. **Rev. Rene**, Rio de Janeiro, v. 11, p.169-177, 2010. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12623/1/2010_art_fmquinopdf. Acesso em: 30 abr. 2021.

ARAÚJO BS, ARAÚJO BBM, ARAÚJO MC, PACHECO STA, REIS AT, MARTA CB. **Práticas de avaliação e manejo da dor na unidade neonatal**. 2021 jan/dez; 13:531-537. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcf.v13.9287>. Acesso em: 20 abr. 2021.

BALDA RCX, GUINSBURG R. **Avaliação e tratamento da dor no período neonatal**. Resid Pediatría, 2020. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/pprint122.pdf>. Acesso: 22 ago. 2021.

BALDA RCX, GUINSBURG R **Avaliação e tratamento da dor no período neonatal**. Resid Pediatr. 2019;9(1):43-52 DOI: 10.25060/residpediatr-2019.v9n1-13

BAPTISTA, Dulce Maria. O impacto dos metadados na representação descritiva. **Revista ACB**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 177-190, 2007. Disponível em: <http://revista.acbsc.org.br/index.php/racb/article/view/529/663>. Acesso em: 19 maio 2021.

BARCELLOS, AA, MATHIOLLI C, LAGO MTG, MATOS GM, ZANI AV. Efeitos da musicoterapia nas respostas fisiológicas dos recém-nascidos pré-termo em ventilação não invasiva: estudo quase experimental. Londrina, Paraná, 2021. Disponível em: Effects of music therapy on the physiological responses of preterm newborns on non-invasive ventilation: A quasi-experimental study | **Online Brazilian Journal of Nursing** (uff.br). Disponível em: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20216487>. Acesso em: 22 ago. 2021.

BOTTEGA, F.H; *et al.* Avaliação da dor em neonatos e crianças em terapia intensiva. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** (Online); v. 6, n.3, p.909- 917, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido**. Guia para os profissionais de saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v1.pdf. Acesso em: 28 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 28 ago. 2021.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-geral de Atenção Domiciliar. **Caderno de Atenção Domiciliar**. V.2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Resolução nº 41/95, de 13 de outubro de 1995**. Direito das crianças e adolescente hospitalizados.

BRUMMELTE, S. *et al.* Procedural pain and brain development in premature newborns. **Anal of Neurology**, v. 71, n. 3, p. 385-396, 2012. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ana.22267/full>. Acesso em: 28 ago. 2021.

BUENO, Mariana; KIMURA, Amélia Fumiko; DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Evidências científicas da dor no período neonatal**. São Paulo, 2009.

CAETANO, Edilaine Assunção; *et al.* O recém-nascido com dor: atuação da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0439.pdf>. Acesso em: 01 maio 2021.

CAMPOS, Ana Paula Silva. **Dor neonatal: conhecimento, atitude e prática da equipe de enfermagem**. São Paulo, 2018.

CAPELLINI, V.K. *et al.* Conhecimentos e atitudes de profissionais de saúde sobre avaliação e manejo da dor neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v.12, n.2, p. 361-369, abr jun, 2014. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/4507>. Acesso em: 28 ago. 2021.

CHRISTOFFEL, M. M. *et al.* Conhecimento dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor neonatal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 3, n. 69, p. 552-558, 2016. Acesso em: 05 set. 2021

CORDEIRO, R. A.; COSTA, R. Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n. 1, p. 185-92, jan./mar. 2014.

COSTA, C.S; FRIEDRICH, L. Cuidados com o recém-nascido pré-termo. Porto Alegre, 2014.

COSTA, T.; ROSSATO, L. M.; BUENO, M. *et al.* Conhecimento e práticas de enfermeiros acerca do manejo da dor em recém-nascidos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 5, n.1, 2017.

Dantas, J., Machado, M., Silva, L., & Paiva, E. (2018). Manejo da dor neonatal pela equipe de enfermagem: uma prática assistencial sedimentada. **Revista de Enfermagem da UFSM**, 8(2), 209-224. doi:<https://doi.org/10.5902/2179769229776>

FALCÃO, A.C.M.P; *et al.* Abordagem terapêutica da dor em neonatos sob cuidados intensivos: uma breve revisão. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min**; v.2, n.1, p. 108-123, 2012.

FANAROFF, A.A; KLAUS, J.M. **Alto risco em neonatologia**. Tradução de Adilson Dias Salles e outros. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Eletrônico Aurélio Século XXI**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira e Lexikon Informática, 1999. Versão 3.0.

FIALHO, F.A.; DIAS, I.M.A.; SILVA, L.R.; *et al.* Tecnologias aplicadas pela enfermagem no cuidado neonatal. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador. v. 29, n.1, 2015.

GASQUE, Kelley Cristine G. D. Teoria fundamentada: nova perspectiva à pesquisa exploratória. In: MUELLER, Suzana Pinheiro Machado (Org.). **Métodos para a pesquisa em Ciência da Informação**. Brasília: Thesaurus, 2007. p. 83-118.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

Gimenez, Isabelle Leandro et al. **NEONATAL PAIN: CHARACTERIZATION OF THE PHYSIOTHERAPIST'S PERCEPTION IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT**. Revista Paulista de Pediatria [online]. 2020, v. 38 [Acessado 12 junho de 2021], e2018178. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018178>>. Epub 25 Nov 2019. ISSN 1984-0462. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018178>.

Giordani, A. T. K., Berte, C., & Loureiro, P. C. (2017). Cuidados essenciais com o prematuro extremo: elaboração do protocolo mínimo de manuseio. **Disciplinar Scientia: Ciências da Saúde**, 3(2), 165-72.

GONÇALVES, Marcelle Castro dos Santos. Validação de conteúdo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem conforto prejudicado em cuidados paliativos na oncologia. São Paulo, 2015.

GUIMARÃES, ALO; VIEIRA, MRR. Conhecimento e atitudes de enfermagem de uma unidade neonatal em relação à dor no recém-nascido. **Arquivos de Ciências da Saúde (FAMERP)**, v. 15, p. 09-12, 2008. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.farmerp.br/racs_ol/vol-15-1/v15-1.htm. Acesso em: 14 maio 2021.

GUINSBURG Ruth; CUENCA Maria Carmenza. **A linguagem da dor no recém-nascido**. Documento científico do departamento de neonatologia sociedade brasileira de pediatria. São Paulo, 2010.

Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care Eighth edition. 2017 Elk Grove Village, HALL, R.W.; ANAND, J.S. **Pain management in newborns**. Clinics in Perinatology, v.41, n.4, p.895-924, 2014. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0095510814000864>. Acesso em 28 ago. 2021.

KLAUS, M. H.; MARTIN, R. J.; FANAROFF, A. A. O ambiente físico. In: KLAUS, M. H, FANAROFF, A. A. Alto risco em neonatologia. – 6. ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

KOLCABA K. **The Comfort Line**. 2010. Disponível em: Acesso em: 18 out. 2021.

KOLCABA, K. **Comfort theory and practice: a vision for holistic care and research**. New York: Springer Publishing Company, 2003.

KOLCABA, K. **Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research**. New York: Springer Publishing Company, Inc.2011.264p.

KOLCABA, K.Y. - **Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome**. Advances in Nursing Science. 15, nº1 (1992):1-10.

KOLCABA, K.Y. **A taxonomic structure for the concept comfort**. Image J. Nurs.Sch.. v.25, n.4, p.237-40, 1991.

KOLCABA, K.Y.; KOLCABA, R.J. An analysis of the concept of comfort. **J. Adv. Nurs.** v. 16, n.II, p.1301-10, 1991.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artes Médicas; Belo Horizonte: UFMG, 1999

LEMOES, Natália Romana Ferreira *et al.* O recém-nascido com dor: atuação da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0439.pdf>. Acesso em: 01 maio 2021.

LIMA, Waldirene Barbosa de Souza; RIBEIRO, Miriam de Oliveira Alves; FERREIRA, Gabriela Rossi. A conduta da Enfermagem nos procedimentos e cuidados para diminuição da dor no neonato prematuro. **Revista NBC**, vol. 10, nº 19, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/2106-6364-1-PB.pdf>. Acesso em: 14 maio 2021.

LOPES, L. C. A. Boas práticas no cuidado ao recém-nascido: construção de um guia voltado para a prática. 2017.

LOPES, L.P.S.S; ACIOLI, V.O.C; ALONSO, J.P; **Manejo da dor no recém nascido em procedimentos invasivos:** Uma revisão bibliográfica. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wpcontent/uploads/sites/10001/2018/09/090_MANEJO_DA_DOR_NO_REC%C3%89M_NASCIDO_EM_PROCEDIMENTOS_INVASIVOS.pdfSão Paulo, 2018. Acesso: 09 set. 2021.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental. In: LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. 8. ed. São Paulo: EPU, 2004. cap. 3, p. 25-44.

MARCONDES, C. *et al.* Conhecimento da equipe de enfermagem sobre a dor no recém-nascido prematuro. **Rev. Enferm.**, Recife, v. 9, n. 11, p.3354-3359, set. 2017. Disponível em: . Acesso em: 05 set. 2021.

MARCONDES, C.; COSTA, A. M. D.; CHAGAS, E. K. *et al.* Conhecimento da equipe de enfermagem sobre a dor no recém-nascido prematuro. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 9, n. 11, p. 3354-3359, set. 2017.

MARCONDES, C.; COSTA, A. M. D.; CHAGAS, E. K. *et al.* Conhecimento da equipe de enfermagem sobre a dor no recém-nascido prematuro. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 9, n. 11, p. 3354-3359, set. 2017.

MARTER, Linda Van; PRYOR, Corinne Cyr. **Procedimentos neonatais comuns.** Manual de Neonatologia. Vol.6, p.546, 2009.

MARTINS, S. W. *et al.* Avaliação e controle da dor por enfermeiras de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Dor São Paulo**, Vitória, v. 1, n. 14, p. 21-26, 2013. Acesso em: 05 set. 2021

MONFRIM, X.M; *et al.* Escala de avaliação da dor: percepção dos enfermeiros em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. enferm. UFSM**; v.5, n.1, p.12-22, 2015.

MORAES, J.L. **Protocolo para consulta de enfermagem no pré-natal:** construção e validação. 2013. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2013.

MOREIRA, M. C. Psicólogo intensivista: reflexões sobre a inserção profissional no âmbito hospitalar, formação e prática profissional. **Temas em Psicologia**, v. 25, n. 3, p. 1225-1239, 2017.

MOREIRA, M.E.L; LOPES, J.M.A; CARVALHO, M. **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar.** 20 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. P. 564.

MOTTA, G. C. P.; CUNHA, M. L. C. Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 68, n. 1, p. 131-135, jan./ fev. 2015.

NASCIMENTO, D.J. **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.** Começa maior estudo sobre prematuridade já realizado no país, 2011. Disponível em <http://www.febrasgo.org.br/>. Acesso em: 28 ago. 2021.

NASCIMENTO, L.A; KRELING, M.C.G.D. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 24, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a07>. Acesso em: 28 ago. 2021.

NÓBREGA, F. de S.; SAKAI, L.; KREBS, V. L. J. Procedimentos dolorosos e medidas de alívio em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Med.** (São Paulo), São Paulo, v. 86, n. 4, p. 201-6, 2007. Acesso em: 05 set. 2021.

OLIVEIRA, R. M. *et al.* Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Fortaleza, v. 15, n. 2, p. 277-283, 2011. Acesso em: 05 set. 2021

PEREIRA, F.L. *et al.* A manipulação de prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 47, n. 6, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3610/361033329003/>. Acesso em: 12 ago. 2021.

PIMENTA, C.A. M. *et al.* **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo: COREN-SP, 2015. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2021.

PRESBYTERO, R.; COSTA, M. L. V. da; SANTOS, R. C. S. Os enfermeiros da unidade neonatal frente ao recém-nascido com dor. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 125-132, 2010. Acesso em: 05 set. 2021
RAMADA, N.C.O; ALMEIDA, F.A; CUNHA, M.L.R. **Toque terapêutico: influência nos parâmetros vitais de recém-nascidos**. Einstein (São Paulo); v.11, n.4, p.421-425, 2013.

RODRIGUES, E.C; CUNHA, S.R; GOMES, R. “Perdeu a veia”: significados da prática da terapia intravenosa na unidade de terapia intensiva neonatal. **Ciênc. saúde coletiva**; v.17, n.4, p.989-999, 2012.

SANTOS, B. R. dos; *et al.* Efeito do "horário do soninho" para redução de ruído na unidade de terapia intensiva neonatal. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, 2015.

SANTOS, L.M; RIBEIRO, I.S; SANTANA, R.C.B. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Enferm**; v.65, n.2, p. 269-75, 2012.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE (SES). **Manual de condutas para enfrentamento do covid-19**. 2020. Disponível em: <https://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Manual-de-Conduitas-corrigido-15.04.2020.pdf>. Acesso em: 01 maio 2021.

SHAH, P.S. et al. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. **The Cochrane Library**, v. 12: CD004950, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004950.pub3>. Acesso em: 28 ago. 2021.

SILVA, S.R.P.; ALENCAR, G.T.A.; LIMA, H.L.S. Nursing care in neonatal UTI: difficulties faced by nurses and losses caused to newborns. **Brazilian Journal of health Review**, Curitiba, v. 3, n. 5, 2020.

SILVA, Stefani Caroline. Percepção do enfermeiro frente a dor do Recém-Nascido prematuro. Minas Gerais, 2020.

SILVA, Sthefany Rubislene Pereira da; ALENCAR, Gisely Torres de; LIMA Hudison Lucas Sousa; SANTOS, Janaina Brauna dos; LIMA, Valéria Maria da Silva; VIANA, Allya Mabel Dias. Assistência de enfermagem na uti neonatal: dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros e prejuízos causados aos recém-nascidos. **Brazilian Journal of Health Review**, vol. 3, n. 5, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/16189>. Acesso em: 13 maio 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Monitoramento do crescimento de RN pré-termos**. Documento científico do Departamento de Neonatologia. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017.

SOUSA, J. B. A. *et al.* Assistência de enfermagem a neonatos prematuros em unidade de t/erapia intensiva neonatal: revisão integrativa. **Rev. Elet. Acervo Saúde**, supl. 9, v. 9, p. 681- /87, 2017. Acesso em: 17 ago. 2021.

SPOSITO, N. P. B. et al. Avaliação e manejo da dor em recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: estudo transversal. **Rev. Latinoam. Enferm.**, São Paulo, n. 25, p. 29-31, 2017. Acesso em: 03 set. 2021

STEVES, Ringer; GRAY, James. **PROCEDIMENTOS NEONATAIS COMUNS**. Manual de Neonatologia. Vol.6, p.532, 2009. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3905402/mod_resource/content/1/manual_de_neonatologia.pdf.
Acesso em: 05 maio 2021.

TAMEZ, Raquel Nascimento. **Enfermagem na UTI neonatal**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2013.

TRINDADE, L.R.; SILVEIRA, A.S.; FERREIRA, A.M.; *et al.* Compreensão do processo de enfermagem por enfermeiros de um hospital geral do sul do Brasil. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 5, n.2, 2015.

WHO, March of Dimes, PMNCH, Save the Children Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Eds CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. **World Health Organization**. Geneva, 2012.

APÊNDICE

APENDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA



CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ

DOR NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO INTERNADO NA UTI NEONATAL

Este instrumento de coleta de dados faz parte de um trabalho de conclusão do curso de Enfermagem do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI), intitulado como: Manejo dos profissionais de enfermagem frente a dor dos RNPT.

O mesmo é composto por perguntas abaixo descritas.

Entrevista número _____

Sexo: F_____ M_____

Tempo de atuação _____ Formação _____

1. O maior tempo de internação em UTIN e a maior exposição a procedimentos dolorosos tornam o RN mais tolerante à dor? () Sim () Não
2. A ausência de choro durante ou após a realização de um procedimento doloroso indica que o RN não está sentindo dor? () Sim () Não
3. A maioria dos RN que dorme após um procedimento doloroso não está sentindo dor? () Sim () Não
4. Não existe maneira confiável e válida de avaliar um fenômeno tão subjetivo como a dor, principalmente nos pacientes que não falam? () Sim () Não
5. O alívio da dor nos RN, principalmente nos prematuros, não é essencial, pois eles não têm memória para a dor? () Sim () Não
6. Você consegue identificar se um recém-nascido prematuro está sentindo dor, se sim quais os sinais?
7. Você conhece algum método objetivo de avaliação de dor no recém-nascido prematuro? Se sim Qual?
8. Com qual frequência você avalia a dor nos seus pacientes?
9. Quais as dificuldades que você encontra para cuidar do recém-nascido com dor?
10. Quais as intervenções de enfermagem realizadas para o alívio da dor no recém-nascido prematuro?

ANEXOS**ANEXO I – DECLARAÇÃO: GERENCIA DE ENFERMAGEM****DECLARAÇÃO****(responsável pela instituição da coleta de dados)**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição Hospital Regional Alto Vale, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: Dor no Recém-nascido Pré-termo internado na UTI Neonatal, e cumprirei os termos da Resolução CNS 510/16 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

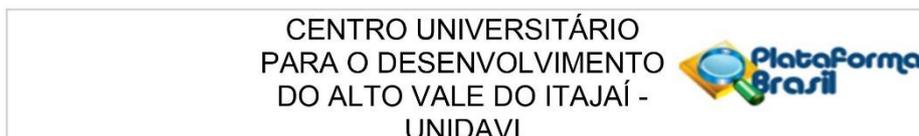
Rio do Sul, 31 05 / 21

ASSINATURA: NOME: Loet Fátima VainiCARGO: Gerência Enfermagem

CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL



Hospital Regional Alto Vale
Gerência de Enfermagem
02824/SC 61.261

ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: DOR NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO INTERNADO EM UTI NEONATAL

Pesquisador: Joice Morgenstern

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47727821.0.0000.5676

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.796.559

Apresentação do Projeto:

A identificação de dor e avaliação do nível da dor, são possíveis com a utilização de ferramentas, como escalas específicas: PIPP, BPS, BIIP, NIPS ou EDIN, podendo ser utilizadas pela equipe de enfermagem durante cada plantão, e de grande valor para os profissionais que atuem nesta área da neonatologia. A dor em recém nascidos sem o tratamento devido, pode acarretar em problemas na infância e até mesmo na adolescência, no desenvolvimento destes pacientes. Desta forma, analisar as medidas adotadas pela equipe e suas intervenções de enfermagem para o alívio imediato conforme o recém-nascido apresente dor ou antes, durante e após procedimentos dolorosos são essenciais e de extrema relevância.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o manejo da dor no recém-nascido pré-termo em unidade de terapia intensiva neonatal na visão da equipe de enfermagem.

Objetivo Secundário:

Verificar os saberes e práticas da equipe de enfermagem frente ao reconhecimento dos sinais sugestivos de dor nos Recém-nascidos pré-termo.

Reconhecer as intervenções de enfermagem realizadas no alívio da dor nos RNPT.

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13	
Bairro: JARDIM AMERICA	CEP: 89.160-932
UF: SC	Município: RIO DO SUL
Telefone: (47)3531-6000	E-mail: etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 4.796.559

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo apresenta possíveis riscos aos participantes, devendo-se considerar o risco de constrangimento e vergonha ao responder os itens da entrevista, utilizado para a coleta de dados.

Para a minimização dos riscos sobre a coleta de dados, as entrevistas serão individualizadas em um ambiente privativo e será garantido o seu sigilo e o seu anonimato, os nomes dos participantes serão substituídos por números.

Além disso, se ocorrer algum dano ao participante, o mesmo será encaminhado pelos pesquisadores a uma profissional de psicologia Larissa Alice Tiedemann CRP 12/182228, sem custo algum ao participante da pesquisa.

Os benefícios deste estudo são em relação a contribuição de materiais para produção de um trabalho de conclusão de curso, incentivo aos profissionais a conhecerem mais sobre o manejo dos profissionais de enfermagem aos RNPT com dor e colaborar com organização do serviço da enfermagem perante a esta temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo propõe investigar questões que podem contribuir com a organização de serviços de atenção à saúde do recém-nascido, tem relevância acadêmica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou pendências de lista de inadequações".

Recomendações:

Ao término do estudo, apresentar relatório final junto a Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto sem restrições éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Pesquisa aprovada sem restrições éticas, apta para o início da coleta de dados. Ao término da pesquisa deverá ser anexado o relatório final via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1766108.pdf	02/06/2021 11:26:48		Aceito
Outros	roteirodeentrevista.pdf	01/06/2021 18:45:14	Alexandre Gabriel Samulewski	Aceito

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13
Bairro: JARDIM AMERICA **CEP:** 89.160-932
UF: SC **Município:** RIO DO SUL
Telefone: (47)3531-6000 **E-mail:** etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 4.796.559

Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	01/06/2021 18:36:19	Alexandre Gabriel Samulewski	Aceito
Outros	notatecnica.PDF	01/06/2021 18:32:18	Alexandre Gabriel Samulewski	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	01/06/2021 18:31:11	Alexandre Gabriel Samulewski	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto de plataforma brasil.pdf	01/06/2021 18:27:47	Alexandre Gabriel Samulewski	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	01/06/2021 18:26:25	Alexandre Gabriel Samulewski	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	equipe.pdf	01/06/2021 18:25:17	Alexandre Gabriel Samulewski	Aceito
Declaração de concordância	psicologa.pdf	01/06/2021 18:24:18	Alexandre Gabriel Samulewski	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Coletacomsereshumanos.pdf	01/06/2021 18:23:04	Alexandre Gabriel Samulewski	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	instituicao.pdf	01/06/2021 18:21:29	Alexandre Gabriel Samulewski	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	01/06/2021 18:20:39	Alexandre Gabriel Samulewski	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DO SUL, 22 de Junho de 2021

Assinado por:
JOSIE BUDAG MATSUDA
(Coordenador(a))

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13
Bairro: JARDIM AMERICA **CEP:** 89.160-932
UF: SC **Município:** RIO DO SUL
Telefone: (47)3531-6000 **E-mail:** etica@unidavi.edu.br

ANEXO III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ****PROPPEX – Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE****Dor no recém-nascido pré-termo internado na UTI Neonatal**

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado (a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, _____ residente e domiciliado
_____,
portador da Carteira de Identidade, RG nº _____ nascido (a) em ____/____/_____,
concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário da pesquisa: Dor no recém-nascido pré-termo internado na UTI Neonatal. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. Analisar o manejo da dor no recém-nascido pré-termo em Unidade de terapia intensiva neonatal na visão da equipe de enfermagem.
2. A pesquisa é importante de ser realizada, pois este estudo possivelmente possibilitará constatar por meio de entrevista a forma como estes profissionais atuam em seus cuidados de enfermagem referentes a dor, no seu cotidiano. Sobre a avaliação da dor,

quais as escalas utilizadas neste processo de identificação e as medidas em que os profissionais mais acreditam que sejam eficazes para alívio da dor nos RNPT. Estudos desta forma colaboram para os profissionais atuantes na área, e também para a utilização da pesquisa como trabalho de conclusão de curso.

3. Participarão da pesquisa os indivíduos que atenderem aos seguintes critérios de inclusão, a pesquisa será profissionais de enfermagem que incluem enfermeiros e técnicos, que estão em serviços da neonatologia, atuantes neste momento em cuidado direto com os recém-nascidos pré-termo.
4. Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa será realizada por meio de: A amostra deste estudo será composta por 15 profissionais de enfermagem. A coleta de dados será realizada com 10 questões, sendo tanto abertas como fechadas desenvolvidas pelo autor, com os profissionais de Enfermagem atuantes no setor de pediatria. O instrumento de coleta será o roteiro de entrevista, contendo perguntas relevantes ao tema, que serão realizadas de maneira individual com todos os participantes do estudo
5. A pesquisa apresenta risco mínimo, sendo considerado o constrangimento diante das perguntas e respostas. Para isso se existir a possibilidade de o (a) senhor (a) não se sentir confortável com a continuidade da entrevista esta será encerrada neste momento. A fim de minimizar os riscos, será garantido o anonimato e confidencialidade das informações dos participantes que responderem ao questionário, os nomes dos respectivos indivíduos serão substituídos por números e estas pessoas poderão cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento. Garantimos que a sua participação não trará riscos a sua integridade física, podendo apenas trazer algum desconforto emocional diante da abordagem do tema, advindo da lembrança de aspectos que podem ter sido difíceis. Os riscos mínimos que podem ocorrer são constrangimento ou vergonha relacionados a alguma questão.
6. A pesquisa é importante de ser realizada, pois deve trazer como benefícios o: Os benefícios deste estudo são em relação a contribuição de materiais para produção de um trabalho de conclusão de curso, incentivo aos profissionais a conhecerem mais sobre o manejo dos profissionais de enfermagem aos RNPT com dor. Os resultados deste estudo poderão contribuir para o levantamento de dados para elaboração do projeto, que será apresentado para conclusão de curso e para fins de estudos sobre a área específica.

7. Se houver algum problema ou necessidade, ou caso haja desconforto a entrevista poderá ser interrompida a fim de procedermos à escuta atenta das razões que o fazem se sentir assim, e só retomaremos a entrevista quando você se sentir a vontade para continuar. O pesquisador se comprometerá a fornecer suporte emocional, mediante a indicação e agendamento de acompanhamento por profissional de saúde, se ocorrer algum dano ao participante, o mesmo será encaminhado pelos pesquisadores no agendamento de uma profissional psicóloga, Larissa Alice Tiedemann CRP 12/182228, para avaliação. Caso eu sinta qualquer desconforto ou constrangimento que possa estar relacionado à participação na pesquisa. Se eu julgar necessário, a entrevista será interrompida por tempo indeterminado, até me considerar reestabelecido (a) emocionalmente para o término da entrevista.
8. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar a Joice Teresinha Morgenstern, responsável pela pesquisa no telefone (47) 3531-6000, ou no endereço Rua Guilherme Gemballa, nº13, Jardim America – SC.
9. Caso venha a surgir alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou ainda, no caso da disposição em revogar sua participação, poderá entrar em contato pelos telefones ou e-mails Joice Teresinha Morgenstern, joicemorg@unidavi.edu.br, (47) 3531-6000 e Alexandre Gabriel Samulewski, alexandre.samulewski@unidavi.edu.br, (47) 99741-0663.
10. A participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento pelo entrevistado.
11. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem estar físico.
12. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados. Serão utilizados nomes fictícios, respeitando os princípios contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Posteriormente, as informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas.
13. Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa. Os resultados serão divulgados em formato de banner no serviço onde será aplicado, e na banca de TCC, onde a mesma é aberta ao público. Após apresentação a pesquisa se mantém arquivada na instituição de ensino.

14. Não receberei nenhum ressarcimento ou indenização para participar desta pesquisa.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar (ou que meu dependente legal participe) desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Rio do Sul, _____ de _____ de 2021.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal

Responsável pelo projeto: Joice Teresinha Morgenstern

(Enfermeira – COREN: 332621 SC)

Responsável pelo projeto: Responsável pelo projeto: Joice Teresinha Morgenstern. Endereço para contato: Rua Guilherme Gemballa, nº 13, Jardim America – SC, Telefone para contato: (47) 3531-6000; E-mail: joicemorg@unidavi.edu.br

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da UNIDAVI: Rua Dr. Guilherme Gemballa, 13 – Caixa Postal 193 - Centro – 89.160-000 – Rio do Sul - PROPPEX - Telefone para contato: (47) 3531-6026. etica@unidavi.edu.br.

ANEXO IV - NOTA TÉCNICA CONJUNTA N.º. 008/2020 –DIVS/SUV/SES/SC.

GOVERNO DE SANTA CATARINA - Secretaria de Estado da Saúde -
Superintendência de Vigilância em Saúde - Sistema Único de Saúde

Nota Técnica Conjunta n.º. 008/2020 –DIVS/SUV/SES/SC

Assunto: Informações à população sobre medidas de prevenção da infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19)

*As orientações contidas neste documento serão alteradas conforme a situação epidemiológica do Estado de Santa Catarina

1. Definições

A doença COVID-19 causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV2) pode apresentar um quadro semelhante a gripe ou resfriado. A transmissão, com base no conhecimento científico adquirido até o presente momento, ocorre através da entrada do vírus no trato respiratório, pelo contato com gotículas de secreções através da tosse e espirro de pessoas doentes ou pelo contato com superfícies contaminadas, levando-se as partículas virais ao nariz ou à boca através das mãos. Para evitar a propagação do vírus, a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina orienta medidas comportamentais (não farmacológicas) de forma a reduzir a transmissão do novo coronavírus (SARS-CoV2). Isso significa minimizar o contato próximo entre as pessoas antes e durante o pico da pandemia. As medidas de restrição de contato social não farmacológicas serão adotadas de acordo com a progressão do número de casos, transmissão local e comunitária.

2. Medidas individuais e coletivas para evitar a propagação do vírus SARS-CoV2:

- Higienizar as mãos com água e sabonete ou sabão sempre que possível, principalmente antes das refeições e após utilizar o banheiro, após tossir ou espirrar. Quando não dispor de água e sabão, pode ser utilizado as preparações alcoólicas (álcool gel, por exemplo);

- Evitar tocar os olhos, nariz ou boca após tossir ou espirrar ou após contato com superfícies;

- Não compartilhar alimentos, copos, toalhas e objetos de uso pessoal;

- Aplicar a etiqueta da tosse: proteger com lenços (preferencialmente descartáveis) a boca e nariz ao tossir ou espirrar para evitar disseminação de gotículas das secreções. Na impossibilidade de serem usados lenços, recomenda-se proteger a face junto à dobra do cotovelo ao tossir ou espirrar;

- Evitar realizar cumprimentos como abraços, beijos e apertos de mãos;

- Manter os ambientes arejados por ventilação natural (portas e janelas abertas);

- O novo coronavírus (SARS-CoV2) pode permanecer viável no ambiente por até 24 horas, por isso é recomendável que todas as superfícies e objetos tocados com frequência devem ser sempre higienizados com água e sabão ou desinfetados com álcool 70% ou hipoclorito de sódio. Atenção ao tocar mesas, cadeiras, corrimões, maçanetas, etc;
- Dê preferência à utilização de escadas, evitando os elevadores;
- Evitar atividades que envolvam grandes aglomerações em ambientes fechados, (academias, cinema, shoppings, shows, eventos esportivos, viagens e outros);
- Evitar deslocamentos desnecessários;
- Evitar viagem em Cruzeiros turísticos durante o período de pandemia pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2);
- Recomendar ao viajante que realize o isolamento voluntário por pelo menos uma semana (sete dias), a partir da data de desembarque, orientando que procure o posto de saúde se apresentar febre E tosse OU dispneia. Para maiores informações, ligue 192;
- Atentar à presença de febre e sintomas respiratórios (tosse, coriza, etc.). Se estiverem presentes, procurar o posto de saúde mais próximo para avaliação de forma a não sobrecarregar o sistema de emergência. Unidades hospitalares devem ser procuradas caso haja algum sinal de gravidade como desconforto respiratório;
- Na presença de sintomas respiratórios solicitar máscara quando adentrar na unidade de saúde e evitar ficar próximo aos outros pacientes que esperam por atendimento;
- O uso de máscaras é indicado para pessoas sintomáticas e contatos próximos de casos suspeitos. Para indivíduos saudáveis, a utilização de máscaras não representa prevenção quando adotada de forma isolada, uma vez que o indivíduo pode se infectar na retirada da máscara caso as mãos não estejam devidamente higienizadas. Enfatizamos, que a lavagem de mãos e a etiqueta respiratória como medidas de maior efetividade;
- Indivíduos doentes que apresentem sintomas respiratórios devem seguir as recomendações de afastamento e isolamento recomendadas pelos profissionais de saúde;
- Comunicar às autoridades sanitárias a ocorrência de suspeita de caso(s) de infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19).

Orientações para a população:

Estas recomendações devem ser reforçadas para Indivíduos idosos, imunossuprimidos e doentes crônicos, uma vez que a doença tem evoluído com maior gravidade nesses indivíduos. Aos seus cuidadores orienta-se que na presença de sintomas respiratórios, na medida do possível que deleguem aos cuidados de terceiros, na impossibilidade utilizem

máscaras e luvas, realizando sempre a higienização correta das mãos antes de colocar as luvas, reforçando a higienização do ambiente.

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina mantém a vigilância ativa da circulação dos vírus respiratórios, através do monitoramento constante da situação epidemiológica, gerando boletins e notas técnicas para orientação aos serviços de saúde, aos demais setores e à população. Na ocorrência de qualquer mudança no cenário epidemiológico, que justifique a adoção de outras medidas de prevenção e controle dirigidas, haverá divulgação, em tempo hábil, através dos veículos oficiais de comunicação.

Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

ANEXO V - AUTORIZAÇÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO DE PSICOLOGIA**AUTORIZAÇÃO**

(responsável pelo serviço de psicologia)

Autorizo para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí - UNIDAVI, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: Dor no recém-nascido pré-termo internado na UTI neonatal, que sejam feitos os encaminhamentos necessários, caso ocorra algum dano emocional decorrente da pesquisa em questão.

Rio do Sul, 31/05/2021

ASSINATURA: *Larissa Alice Tiedemann*NOME: *Larissa Alice Tiedemann*CARGO: *Psicóloga*

CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL

Larissa Alice Tiedemann
Psicóloga
CRP-12/18228