

## Manejo da dor do recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva neonatal

### Newborn pain management hospitalized in neonatal intensive care unit

DOI:10.34119/bjhrv4n2-063

Recebimento dos originais: 04/02/2021

Aceitação para publicação: 08/03/2021

#### **Roberta Tognollo Borotta Uema**

Doutora em Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá  
Endereço: Avenida Colombo, número 5790, Vila Esperança, Maringá-PR  
E-mail: robertaborotta@hotmail.com

#### **Rosimara Oliveira Queiroz**

Doutoranda em Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá  
Endereço: Avenida Colombo, número 5790, Vila Esperança, Maringá-PR  
E-mail: rosi.mdc@hotmail.com

#### **Gabrieli Patricio Rissi**

Doutoranda em Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá  
Endereço: Avenida Colombo, número 5790, Vila Esperança, Maringá-PR  
E-mail: gabrielirissi@gmail.com

#### **Bianca Machado Cruz Shibukawa**

Doutoranda em Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá  
Endereço: Avenida Colombo, número 5790, Vila Esperança, Maringá-PR  
E-mail: bih.cruuz@gmail.com

#### **Ieda Harumi Higarashi**

Doutora em Educação. Universidade Estadual de Maringá  
Endereço: Avenida Colombo, número 5790, Vila Esperança, Maringá-PR  
E-mail: ieda1618@gmail.com

### **RESUMO**

Objetivo: analisar o conhecimento de enfermeiros que atuam em unidade de terapia intensiva neonatal acerca do manejo da dor do recém-nascido. Método: pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa. Foram abordados 12 enfermeiros atuantes em duas unidades neonatais de dois municípios do noroeste do Paraná. Os dados foram coletados por meio de entrevistas utilizando um roteiro semiestruturado. Submeteram-se os relatos à análise categorial temática. Resultados: após análise originaram-se três categorias: 1) processo de avaliação da dor; 2) estratégias de alívio da dor do recém-nascido; e 3) consequências da dor no desenvolvimento do bebe internado em terapia intensiva. Conclusão: apesar de todos os avanços tecnológicos, a avaliação da dor ainda se dá de forma assistemática e com base em interesses e experiências individuais dos profissionais, ao mesmo tempo em que os registros em relação à dor não são realizados de maneira adequada.

**Palavras-chave:** dor, unidades de terapia intensiva neonatal, cuidados de enfermagem.

## ABSTRACT

Objective: to analyze the knowledge of nurses working in neonatal intensive care units about pain management in newborns. Method: descriptive, exploratory, qualitative research. Twelve nurses working in two neonatal units of two cities in northwestern Paraná were approached. Data were collected through interviews using a semi-structured script. The reports were submitted to thematic categorical analysis. Results: after analysis three categories were created: 1) pain assessment process; 2) newborn's pain relief strategies; and 3) consequences of pain in the development of infants in intensive care units. Conclusion: despite all technological advances, pain assessment still occurs in an unsystematic way and based on the individual interests and experiences of professionals, at the same time that pain records are not properly performed.

**Keywords:** pain, neonatal intensive care units, nursing care.

## 1 INTRODUÇÃO

A dor pode ser definida como uma experiência subjetiva e que está associada à uma lesão real ou potencial nos tecidos. Apresenta aspectos sensoriais, afetivos, autonômicos e comportamentais e, atualmente já é descrita como o quinto sinal vital, fato que corrobora para que sua avaliação seja realizada pela equipe de enfermagem juntamente com a verificação dos demais sinais (CRUZ; et al, 2015).

Quando pensamos na dor da clientela neonatal, em especial daqueles nascidos prematuros, notam-se algumas dificuldades, tanto na avaliação como no manejo e alívio da mesma. Nesse sentido, deve-se ter em mente, que o cuidado com o recém-nascido prematuro (RNPT) não envolve apenas uma questão biológica de vida ou morte, mas ações de promoção da saúde mental e prevenção de patologias psicológicas na infância, sendo esse cuidado-imprescindível para o início do vínculo pais-bebê, e fundamental ao seu desenvolvimento psíquico (CAVAGGIONI; TOMAZ; BEINCASA, 2017).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que, a cada ano, nasçam cerca de 15 milhões de bebês prematuros no mundo, sendo que o Brasil aparece na décima posição em números absolutos, com 279,3 mil partos de prematuros por ano (OMS, 2012). Isso se reflete em maior número de recém-nascidos (RN) que necessitam de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), e que dependem de cuidados qualificados, individualizados e que demonstrem preocupação específica em relação à dor (CRUZ; et al, 2015).

Estima-se que os bebês hospitalizados sejam expostos a cerca de 70 procedimentos estressantes por dia, fato que pode alterar permanente e negativamente seu desenvolvimento cerebral. Os déficits neurológicos podem ser parcialmente atribuídos à

exposição frequente, tóxica e cumulativa de agentes estressores durante a internação na UTIN (WEBER; HARRISON, 2019).

Percebe-se que a analgesia e as medidas não farmacológicas de alívio da dor ainda são pouco utilizadas, visto que existem falhas entre o conhecimento científico, diagnóstico e tratamento da dor na prática clínica dos profissionais responsáveis por esse cuidado. Ainda existe dificuldade por parte dos profissionais em reconhecer e diagnosticar a dor nos bebês, para posteriormente definir a melhor estratégia de cuidado (MARCONDES; COSTA; CHAGAS *et al.*, 2017).

O manejo adequado da dor dentro UTIN deve incluir uma avaliação sistemática da mesma, seguido de um protocolo de minimização de procedimentos, além de utilizar-se de intervenções farmacológicas e não farmacológicas para alívio do desconforto (CHRISTOFFEL; CASTRAL; DARÉ *et al.*, 2016).

Para compreender as dificuldades dos profissionais que atuam diretamente na assistência, em especial a equipe de enfermagem, é preciso identificar os fatores que podem interferir na capacidade de decodificação da dor do neonato e buscar compreender as interações complexas entre a dor do RN e a interpretação que o profissional de saúde tem de todo esse processo, visto que isto pode interferir na sua decisão em relação à terapêutica (MOTTA; CUNHA, 2015).

Em virtude da complexidade do tema e da lacuna ainda existente entre teoria e prática, somado à necessidade de prevenção e manejo adequado da dor dentro da UTIN, justificamos o presente trabalho cujo objetivo foi analisar o conhecimento dos enfermeiros que atuam em UTIN acerca do manejo da dor do RN.

## 2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e de abordagem qualitativa. Foram sujeitos do estudo 12 enfermeiros que atuam em unidades neonatais distintas de dois municípios do noroeste do Paraná, sendo um de caráter público e outro de caráter público e privado, que aceitaram participar da pesquisa mediante anuência registrada em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes foram abordados no mês de abril de 2015, e aqueles que estavam de férias, atestado ou se recusaram a participar, foram excluídos do estudo.

Os profissionais foram abordados durante seu turno de trabalho e as entrevistas foram realizadas segundo horários e locais previamente agendados. O tempo médio de duração de cada entrevista foi de aproximadamente 20 min. O instrumento de entrevista

constou de duas partes, uma para a caracterização, e a segunda, destinada à abordagem da temática central do estudo, tendo como questão disparadora: ‘Como você define a dor?’

Para assegurar a maior fluidez das entrevistas e a fidedignidade das respostas, estas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. No sentido de preservar o anonimato e confidencialidade das informações, os nomes dos participantes não foram divulgados, sendo que para a identificação das falas utilizou-se da letra E de entrevista, seguida do número arábico de acordo com a sequência de realização das entrevistas.

Os relatos foram analisados por meio da técnica de análise temática de conteúdo (BARDIN, 2016) a qual consiste nas seguintes fases: pré-análise dos dados, exploração do material e formação de categorias e tratamento das categorias obtidas e interpretação.

Na pré-análise dos dados, ocorre o primeiro contato com o material, fase que os dados brutos foram organizados para formulação das ideias iniciais, e para tanto procedeu-se à realização de leituras flutuantes, separando as informações seguindo as regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Na exploração do material e formação de categorias, os dados foram classificados, as partes semelhantes do texto foram grifadas com diferentes cores, e posteriormente, as frases semelhantes foram agrupadas em categorias temáticas iniciais. Na terceira e última fase, tratamento das categorias obtidas e interpretação, após a seleção das categorias mais significativas e representativas aos objetivos do estudo, inferiu-se e comparou-se com a opinião de outros autores relevantes na área.

Todos os preceitos éticos preconizados pela res. 466/2012-CNS foram respeitados, e a confidencialidade das informações foi assegurada por meio da codificação dos sujeitos e instituições participantes. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP-UEM), conforme CAAE: 38822114.1.0000.0104 e parecer 919.268.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Participaram do estudo 12 enfermeiras com idades variando entre 28 e 54 anos, e média de 39 anos. Somente uma não apresentava pós-graduação, e as demais se especializaram em enfermagem pediátrica e cuidados intensivos neonatais, enfermagem em neonatologia, fisiologia humana e fisiopatologia, enfermagem em saúde pública, educação para saúde, administração dos serviços de saúde, saúde coletiva e enfermagem

do trabalho. Em relação ao tempo de atuação na unidade, o mesmo variou de 15 dias a 17 anos, com média de 11 anos e sete meses.

Apesar das entrevistas terem sido realizadas em duas instituições diferentes, não houve discrepância durante a análise dos relatos, portanto os dados foram discutidos em conjunto. Os relatos das entrevistas levaram à configuração das seguintes categorias temáticas: 1) Processo de avaliação da dor; 2) Estratégias de alívio da dor do recém-nascido; e 3) Consequências da dor no desenvolvimento do bebê internado em terapia intensiva.

#### 1) Processo de avaliação da dor

Foi possível perceber que os profissionais sabem como avaliar a dor, bem como reconhecem os sinais manifestados pelo bebê na eventual presença da mesma, contudo, não seguem qualquer tipo de protocolo de avaliação, de modo que tal diagnóstico se dá de forma assistemática e com base em interesses e experiências individuais dos profissionais.

*[...] Eu avalio muito a questão da dor pela face do bebê, mãozinha e pezinho, e taquicardia, né? [...] e pode até apresentar apneia também, se na hora do procedimento estiver com muita dor, podem apresentar apneia após um estresse muito grande [...] aumenta a frequência cardíaca, aumenta expressão [...] E1.*

*[...] através dos sinais vitais, da expressão facial, se tem alguma alteração, observo através do membro, se de repente a criança tá [...] contraída, né? Assim ... tensa, irritada, com choro E2.*

*[...] Acho que ela tem que ser muito bem avaliada, por que é uma criança, ele não fala, ele depende de mim, ele depende do meu cuidado e se eu não tiver esse olhar para avaliar a dor, ele vai sofrer [...] quando é uma criança mais grave, a gente percebe, vê frequência cardíaca alterada, frequência respiratória alterada, você percebe quando ela está entubada, às vezes ela fica mais agitada, a sedação não resolve e aí você faz as manobras, tenta resolver [...] para poder tentar amenizar essa dor [...] E4.*

Pelos relatos é perceptível que a identificação dos sinais de dor provoca nos profissionais uma reação de inquietude, estimulando-os a buscar meios para amenizar o sofrimento de seus pequenos pacientes e de proporcionar-lhes conforto.

O estímulo doloroso agudo no RN desencadeia uma resposta global de estresse, incluindo alterações cardiovasculares, respiratórias, imunológicas, hormonais e comportamentais, ao mesmo tempo em, as respostas fisiológicas são acompanhadas de reações endócrinas e metabólicas, e também podem gerar hiperglicemia, aumentar o catabolismo proteico lipídico e interferir diretamente na homeostase do RNPT (COSTA; ROSSATO; BUENO *et al.*, 2017).

O fato de os profissionais conhecerem os sinais sugestivos de dor é algo positivo, pois significa que estão atentos às características únicas que os bebês possuem, de tal modo a se colocarem em estado de alerta frente a situações perante as quais uma pessoa não familiarizada com a neonatologia passaria sem dar a devida atenção.

Por outro lado, também foi relatado que a avaliação da dor não deve depender única e exclusivamente da enfermagem, ficando os outros profissionais da equipe também responsáveis por sua detecção.

*[...] na realidade, eu às vezes não sinto tanta dificuldade de avaliar, eu acredito que outros profissionais têm que ser treinados e sensibilizados, acho que no geral, não só a enfermagem, mas a enfermagem, os médicos, os fisioterapeutas, né!? Acho que todos no geral, porque tudo isso, todos esses profissionais atuam diretamente com o bebê, mesmo a fisioterapia também, mesmo eles fazendo, todas as manobras, é desconfortável para o bebê [...] Falta uma sensibilização dos profissionais, de todos, né?!, pra começar a ter como regra a utilização da escala da dor dentro dos sinais vitais, como rotina mesmo[...] E1.*

A falta de padronização e envolvimento da equipe multiprofissional na assistência integrada ao RN contribui para que o cuidado ocorra de maneira fragmentada. Talvez pelo fato da enfermagem estar mais próxima desse bebê durante a realização da maioria dos procedimentos, torna-se implícito que a responsabilidade pelo manejo da dor fique na sua responsabilidade, quando na verdade isso deveria ser do interesse e rotina de todos os profissionais que manipulam esse bebê.

Uma profissional pontuou que em alguns casos, dá-se mais importância às crianças que sabidamente estão mais graves, do que àquelas que apresentam patologias mais simples, ficando este último grupo sem receber o cuidado adequado.

*[...] eu e a enfermagem, a gente observa mais quando é uma criança mais grave, por exemplo, ela está com dreno, está intubada, é um pós-operatório e por você ver, por você saber que ela tem tudo isso, então você se preocupa mais. Mas no dia a dia em si, eu acho que eu ainda observo bem pouco essa questão da dor, principalmente no RN, pois tudo o que você vai fazer se torna mais doloroso. Então, na verdade a visão da dor tinha que ser bem maior e não deveria ser só nos graves, porque quase tudo o que eu faço se torna doloroso pra ele [...] E11.*

Nota-se que o bebê em estado grave, via de regra, mobiliza mais os profissionais. Por passar por diversas intervenções, procedimentos dolorosos e invasivos, esse tipo de bebê gera certo sentimento de compaixão na equipe, diferente daquele que não está com tantas limitações e sem correr risco de perder a vida. No primeiro caso, aliviar a dor é quase que uma prioridade, como forma de buscar redimir o sofrimento que, de maneira direta ou indireta, a equipe teve que infringir ao paciente com vistas a promover a saúde futura desse bebê.

Ainda no processo de avaliação da dor, encontramos que além da verificação da dor ocorrer de maneira subjetiva, como descrita anteriormente os registros da presença do desconforto também não ocorrem de maneira sistematizada e uniformizada. Apesar de ambas as instituições garantirem um campo específico do prontuário para a notação de tal atividade, todos os profissionais relataram não realizar o registro no local ou fazê-lo de forma inadequada. Quando questionados sobre o porquê de não procederem a tal registro, foi pontuada a sobrecarga de trabalho e a falta de capacitações acerca do tema. Alguns não souberam dizer o porquê de não realizarem tal atividade.

*[...] Tem uma aluna que fez uma escala sobre a dor que tem atrás do nosso prontuário, mas nós não estamos executando como os sinais vitais [...] geralmente eu coloco na evolução de enfermagem, quando a criança está agitada, com dor, de difícil sedação [...] E1.*

*[...] Não existe uma escala sistematizada, existe um trabalho feito por uma aluna de enfermagem que colocou em alguns prontuários uma escala de dor, mas que não foi um trabalho difundido, não é de rotina, ninguém faz esse tipo de avaliação, tanto que nós temos um item da prescrição para avaliação da dor, e se você pegar todos os prontuários, não tem nenhuma avaliação de dor [...] existe o impresso feito pela aluna, mas não é utilizado por ninguém [...] E5.*

*[...] Aqui na UTI a gente tem a escala de dor, mas eu na verdade, eu não registro nada [...] na nossa evolução a gente pode até colocar, que apresentou expressão de dor, que foi feito algo pra dor, enfim, mas registrar, registrar mesmo, não [...] E8.*

O processo de enfermagem é uma ferramenta muito difundida dentro da assistência, pois auxilia na elaboração do plano de cuidados, possibilita a avaliação da efetividade dos mesmos e propicia respaldo para o enfermeiro (TRINDADE; et al, 2015).

O fato de os registros não serem realizados como preconizado impacta negativamente no manejo não farmacológico da dor, pois faz com que a avaliação e os cuidados sejam feitos de maneira individual e sem continuidade, alterando-se de acordo com a característica pessoal e o nível de interesse de cada enfermeiro.

Estudo realizado com enfermeiros de uma UTIN referente ao uso de escalas para avaliação da dor, concluiu que todos os profissionais entrevistados não conheciam as escalas e sua aplicabilidade prática, porém consideraram viável sua implantação dentro da unidade. Ainda nesse estudo, foi relatado que em uma unidade do norte do país, apenas uma, entre 15 enfermeiras que trabalhavam no local, aplicava a escala em sua prática. Os demais enfermeiros alegaram a falta de tempo atrelado à falta de conhecimento acerca da escala como motivador para sua não utilização (MONFRIN; et al, 2015).

Talvez com a capacitação adequada e posterior avaliação do processo, feita em conjunto e com toda a equipe, mostrando os resultados e demonstrando a importância e o

porquê de se utilizar a escala de avaliação da dor dentro da unidade, esta última se incorpore à rotina e passe a ser utilizada de maneira adequada, propiciando a melhoria da assistência.

Por não existir um protocolo formal que norteie a conduta da equipe nesse sentido, e pelo fato de os profissionais não utilizarem as escalas e tampouco registrarem a presença da dor de forma padronizada, a assistência no que tange a este quesito específico ainda é falha, dependendo exclusivamente da iniciativa dos profissionais que prestam atendimento a estes RN.

*[...] mas tem ainda a dificuldade em relação aos medicamentos prescritos 'se necessário', e aí eu estou falando mesmo do profissional de enfermagem, a gente percebe que algumas pessoas relutam em ministrar ... eu não sei se é por descuido, ou se a avaliação é diferente [...] é complicado, porque é diferente de você fazer uma medicação, ah são tantas miligramas e todo mundo vai fazer igual... mas a dor não. Às vezes você acha que está (com dor) e eu acho que não, e na verdade, o que prevalece é o bom senso e o bom senso é uma coisa difícil de você dosar [...] E9.*

Supõe-se que se houvesse um treinamento e um protocolo acerca, não só da temática dor, mas também enfatizando a importância dos registros para melhoria da qualidade da assistência, o manejo do desconforto dentro da UTIN poderia ser executado de maneira sistematizada, contribuindo para maior adesão de toda a equipe, refletindo em última instância para a qualidade de vida dos bebês internados.

Por meio do processo de enfermagem é possível organizar o trabalho dos membros da equipe e proporcionar uma comunicação efetiva entre os profissionais. Tal sistematização auxilia na elaboração de protocolos e do plano de cuidados, ao mesmo tempo em que diminui a fragmentação da assistência e possibilita mais segurança para o paciente (TRINDADE; et al, 2015).

## 2) Estratégias de alívio da dor do recém-nascido

Em relação ao manejo da dor, foi possível identificar que em ambas as unidades as medidas não farmacológicas eram realizadas, visando não apenas o alívio da dor, mas também a promoção do conforto do RN.

*[...] dependendo do que eu for fazer, eu utilizo glicose a 25%, aplico sempre umas ou duas gotinhas na boquinha um pouquinho antes, né!? Muitas vezes estimulo a sucção logo após, se eu perceber que o bebe não ficou quietinho, e se for fazer um algum procedimento um pouco mais doloroso, eu faço o enrolamento [...] E1.*



*Eu tento fazer mudança de decúbito, e ultimamente estou fazendo o uso da glicose 25%, eu olho a fralda pra ver se é isso também que está causando o desconforto... observo a temperatura corporal, porque pode estar com desconforto por estar muito quente ou está sentindo frio [...] converso com o neném, acarício, canto, e o neném que pode pegar, eu pego no colo [...] E2.*

*[...] uma forma bastante importante de amenizar a dor é através da sucção não nutritiva nas horas de procedimentos dolorosos [...] se a mãe estiver presente pode colocar no peito [...] E3.*

Os relatos permitem verificar que as enfermeiras demonstram-se sensibilizadas em relação à dor do bebê internado. Ademais, tais profissionais enumeram medidas cientificamente comprovadas no quesito de alívio da dor, possibilitando e estimulando sempre que possível, a amamentação nos casos em que a mãe se encontra presente.

Desta forma, a adoção de medidas de alívio propiciam outros benefícios ao RN e ao processo terapêutico como, por exemplo, na medida em se promove o estreitamento do vínculo mãe-bebê no contexto da assistência neonatal.

Nesse sentido, destaca-se o papel da presença dos pais para confortar o RN durante a manipulação como algo indispensável, pois o toque e o aconchego, além de proporcionarem o alívio do desconforto físico e emocional provocado pela dor, aumentam o vínculo entre mãe-bebê (FIALHO; et al, 2015).

Outro aspecto destacado nos relatos é a importância da participação de outros profissionais no contexto do manejo da dor. Assim, algumas enfermeiras relataram a dificuldade em fazer com que a equipe médica perceba a necessidade do método farmacológico para alívio da dor, quando todas as outras medidas de conforto não farmacológicas já foram utilizadas.

*[...] esses dias eu passei PICC e não queriam fazer nada pra dor [...] a médica não queria que sedasse [...] daí questionei: 'mas doutora, vai fazer sem nada pra dor?'... Daí que ela prescreveu [...] E8.*

*[...] até então eles não queriam nem prescrever, e de tanto a gente 'bater o pé', agora eles colocam se necessário [...] E9.*

Deste modo, percebe-se que a falta de um processo de capacitação da equipe somada à ausência de protocolos específicos para o manejo da dor, contribui para que ainda existam lacunas na assistência prestada. Por estar mais próxima desse bebê, nota-se que a enfermagem atua de forma mais contundente em prol do alívio do desconforto dentro da UTIN. No entanto, ainda persistem deficiências neste processo, pela falta de ações coordenadas e sistematizadas com o engajamento de todos os membros da equipe

multidisciplinar, estabelecendo de forma mais clara a indicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas no manejo da dor.

### 3) Consequências da dor no desenvolvimento do bebê internado em terapia intensiva

Apesar de todas as dificuldades existentes, tanto na avaliação quanto no manejo da dor, foi possível identificar que alguns profissionais entendem a necessidade de controle dos efeitos da dor no período neonatal, visando amenizar as consequências futuras que podem advir desta experiência.

*[...] a dor eleva os níveis de cortisol, então se eu tiver cortisol aumentado, eu vou ter uma dificuldade nesse desenvolvimento e, principalmente, sequelas neurológicas importantes ligadas ao acúmulo de cortisol [...] então, se eu controlo a dor, eu posso ter melhor desenvolvimento cognitivo motor no futuro [...]E5.*

*[...] A dor faz com que o RN desestabilize seus sinais vitais, dificultando a sua evolução dentro da patologia que possui. A dor pode ser responsável por hemorragia intracraniana, apneias, parada cardiorrespiratória [...]E6.*

*[...] a dor não acaba quando o procedimento acaba, e num sistema que já está desorganizado, ela perdura mais do que no adulto [...]E10.*

As repercussões da dor em um cérebro em desenvolvimento como o dos prematuros internados na UTIN podem ser catastróficas. A liberação de cortisol na corrente sanguínea, as alterações fisiológicas, a memória que o RN adquire dos procedimentos dolorosos interferem de maneira significativa em seu organismo.

É preciso ter plena consciência das repercussões que o estímulo doloroso em repetição pode provocar nesses bebês e ao longo de suas vidas. Em virtude do desenvolvimento da plasticidade do cérebro imaturo, a dor no período neonatal pode causar alterações permanentes em longo prazo, como a diminuição do próprio limiar de dor durante o desenvolvimento (ARAÚJO; et al, 2015).

Enquanto líder e formador da equipe de enfermagem, o enfermeiro tem conhecimento para encabeçar mudanças assistências visando a melhora do manejo da dor nas unidades neonatais (SILVA; et al, 2020). A dor torna-se mais barreira a ser vencida durante o período de hospitalização. Entende-se que barrar a prematuridade é algo cada vez mais difícil, portanto torna-se necessário diminuir os agravos decorrentes da internação em terapia intensiva e sensibilizar os profissionais que atuam na área para que estes busquem estratégias visando melhorar sua prática, focando não somente no cuidado mecânico, mas também pensando nas consequências que uma assistência inadequada pode trazer.

#### 4 CONCLUSÃO

Os resultados do estudo permitiram constatar que a abordagem da dor dentro dos cenários assistenciais das UTIN ainda não é realizada de maneira adequada. Deste modo e, independentemente do tempo de atuação e formação específica na área, os enfermeiros ainda não executam tal assistência de maneira sistematizada, não havendo padronização de condutas entre os membros da equipe em prol de um manejo adequado da dor nestes pacientes.

O uso das escalas e a criação de um protocolo que abarque as características da unidade, bem como as especificidades da clientela atendida, com posterior treinamento e capacitações periódicas pode ser a estratégia mais adequada ao processo de aprimoramento desta prática nos cenários da terapia intensiva neonatal. É preciso diminuir a lacuna que existe entre a teoria e a real assistência. Assim, pode-se concluir que o maior desafio desta assistência na atualidade não é salvar a vida desses bebês, mas garantir que estes tenham qualidade de vida no futuro, e uma maneira de ajudar a garantir isso é tratando a dor com o devido destaque que ela merece neste contexto.

É preciso continuar buscando maneiras de agregar os conhecimentos da teoria à prática, de modo que as pesquisas científicas busquem não somente visualizar o problema, mas encontrar uma maneira viável de aplicar o conhecimento. O estudo corroborou para que a falta de manejo da dor em neonatologia ficasse mais explícita, e a partir desse diagnóstico inicial, pretende-se sensibilizar os enfermeiros entrevistados no estudo, a fim de propor um plano de ação realmente efetivo para minimizar o problema e suas consequências catastróficas.

## REFERÊNCIAS

- ARAUJO, G.C.; MIRANDA, J.O.F.; SANTOS, D.V.; et al. Dor em recém-nascidos: identificação, avaliação e intervenções. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n.3, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v29i3.13695>
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016. 280 p.
- CAVAGGIONI, A. P. M.; TOMAZ, M. C.; BEINCASA, M. Intervenções psicológicas com famílias de bebês prematuros em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, SP, v. 26, n. 3, p. 93-106, set./dez. 2017.
- CHRISTOFFEL, M. M.; CASTRAL, T. C.; DARÉ, M. F. *et al.* Conhecimento dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 3, n. 69, p. 552-558, 2016. DOI: 10.1590/0034-7167.2016690319i
- 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. DOI: 10.1590/S1980-220X2016034403210
- CRUZ, C.T.; STUBE, M.; BENETTI, E.R.; et al. Avaliação da dor de recém-nascidos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem UFPE**, Pernambuco, v.9, n.7, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i7a10621p8504-8511-2015>
- 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. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v29i1.12309>
- 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.
- MARTINS, S.W.; DIAS, F.S.; ENUMO, S.R.F.; et al. Avaliação e controle da dor por enfermeiras de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Dor**, São Paulo, v. 14, n.1, 201. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1806-00132013000100006>.
- MONFRIM, X.M.; SARAIVA, L.A.; MORAES, C.L.; et al. Escala de avaliação da dor: percepção dos enfermeiros em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem da UFSM**. Santa Maria, v.5, n. 1, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769215049>
- 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. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680118p>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **15 milhões de bebês nascem muito cedo**. Genebra, 2012.

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. DOI:10.34119/bjhrv3n5-039

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. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769215923>

WEBER, A.; HARRISON, T. M. Reducing toxic stress in the neonatal intensive care unit to improve infant outcomes. **Nursing Outlook**, St. Louis, v. 67, n. 2, p. 169-189, 2019. DOI: 10.1016/j.outlook.2018.11.002.