

Desconforto e dor em recém-nascido: reflexões da enfermagem neonatal

Discomfort and pain in the newborn: reflections of neonatal nursing

Malestar y dolor en el recién nacido: reflexiones de enfermería neonatal

Roberta Costa¹; Raquel Alves Cordeiro^{II}

RESUMO

Objetivo: promover um processo de reflexão junto à equipe de enfermagem sobre o manejo do desconforto e da dor em recém-nascido (RN). **Método:** pesquisa convergente-assistencial realizada em uma unidade neonatal do sul do Brasil. Os participantes foram 16 profissionais da equipe de enfermagem. A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2012, através de grupos de reflexão sustentados pelo referencial teórico da Pedagogia Libertadora. **Resultados:** da prática educativa, emergiram três categorias: os estímulos ambientais provocam dor e desconforto no RN; procedimentos invasivos como principais causadores da dor em RN; e a enfermagem reconhece os sinais algícos no bebê. **Conclusão:** os resultados demonstram a preocupação dos profissionais de saúde com a identificação da dor, a necessidade de minimizar os estímulos ambientais e a importância do uso de medidas não farmacológicas e farmacológicas, principalmente durante os procedimentos invasivos, evitando implicações no desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido. **Palavras-chave:** Dor; recém-nascido; neonatologia; enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to engage nursing staff in thinking about management of discomfort and pain in newborn babies. **Method:** this convergent-care study was conducted in a neonatal unit in southern Brazil. The participants were 16 members of a nursing team. Data was collected during October and November 2012, through focus groups underpinned by the theory of Liberation Pedagogy. **Results:** from that practical educational activity three categories emerged: environmental stimuli cause pain and discomfort in the newborn; invasive procedures are the main causes of pain in the neonatal unit; and nurses recognize the signals of babies' pain. **Conclusion:** the results demonstrate health professionals' concern with identifying pain, the need to minimize environmental stimuli and the importance of using pharmacological and non-pharmacological measures, mainly during invasive procedures, to avoid effects on the psychomotor development of the newborn. **Keywords:** Pain; infant, newborn; neonatology; nursing.

RESUMEN

Objetivo: promover un proceso de reflexión, junto con el equipo de enfermería, sobre la gestión del malestar y dolor del recién nacido. **Método:** investigación convergente asistencial se realizó en una unidad neonatal en el sur de Brasil. Los participantes fueron 16 profesionales del equipo de enfermería. Los datos fueron recolectados durante los meses de octubre y noviembre de 2012, a través de grupos de reflexión con el apoyo del marco teórico de la Pedagogía Libertadora. **Resultados:** de la práctica educadora, han surgido tres categorías: los estímulos ambientales le provocan dolor y malestar al recién nacido; procedimientos invasivos como los principales causadores de dolor al recién nacido y la enfermería reconoce las señales algícas en el bebé. **Conclusión:** los resultados demuestran la preocupación de los profesionales de salud con la identificación del dolor, la necesidad de minimizar los estímulos ambientales y la importancia del uso de medidas no farmacológicas y farmacológicas, principalmente durante los procedimientos invasivos, evitando consecuencias en el desarrollo neuropsicomotor del recién nacido. **Palabras Clave:** Dolor; recién nacido; neonatología; enfermería.

INTRODUÇÃO

Melhorar a qualidade de vida do recém-nascido (RN) internado em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) é uma meta da equipe de enfermagem. Estudos de longo prazo têm apontado o aumento de sequelas incapacitantes, doenças crônicas, neurológicas, dificuldades de aprendizado e distúrbios cognitivos da linguagem, visão, audição e comportamentais, entre outros. Alguns estudos sugerem que parte dessa morbidade pode representar injúrias no desenvolvimento

do cérebro, advindas da estimulação estressante do ambiente do cuidado intensivo¹⁻³.

A hospitalização em UTIN coloca o RN em um ambiente restrito, onde é exposto a estímulos desagradáveis como luminosidade intensa, ruídos, procedimentos clínicos e invasivos causadores de desconforto e dor². Portanto, torna-se imprescindível que o profissional de saúde neonatal saiba identificar, avaliar e tratar a dor do RN, procurando diminuir e/ou evitar efeitos nocivos

¹Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto II da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde da Mulher e do Recém-Nascido. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: roberta.costa@ufsc.br.

^{II}Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem. Enfermeira da Unidade Neonatal do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: raquelufsc75@gmail.com.

para o seu desenvolvimento, além de contribuir não só para uma recuperação mais rápida como também para a qualidade da assistência prestada⁴.

Como enfermeiras que atuam em UTIN, as autoras desta pesquisa perceberam a importância de realizar momentos de reflexão junto à equipe de enfermagem, objetivando a construção do pensar-fazer consciente através do diálogo. Esta estratégia permite aos profissionais da equipe neonatal conversarem sobre o seu cotidiano, sobre suas ações no manejo da dor e na prevenção do desconforto do RN hospitalizado. Dessa forma, é possível promover momentos de troca de experiências e saberes, instigando a busca de novos conhecimentos, o que favorece uma nova realidade de cuidado.

Nesse sentido, compreende-se que uma assistência de qualidade e individualizada, adequada às necessidades de cada neonato, depende, em grande parte, da sensibilização da equipe de enfermagem, que deve adotar estratégias para o cuidado integral ao neonato – sujeito potencial a sofrer dor e desconforto⁴.

Na UTIN onde as pesquisadoras atuam como enfermeiras assistenciais, a avaliação da dor é realizada desde 2009, rotineiramente, como um dos sinais vitais. Entretanto, pode-se observar, nos relatos dos profissionais da equipe, que existem dificuldades relativas à aplicação da escala de avaliação da dor – *Neonatal Infant Pain Score* (NIPS) – relacionadas à frequência necessária e momento adequado para tal avaliação, além da própria dificuldade dessa percepção, em alguns momentos. Comumente, a experiência dos profissionais de UTIN os faz observar que medidas de conforto como contenção, sucção não nutritiva e oferta de solução glicosada são aplicadas, mas, com frequência, de forma condicionada, não sistematizada e, algumas vezes, inadequada diante da dor que se apresenta, quando se realiza uma avaliação mais sucinta⁵. Tais fatores reforçam a importância e necessidade desta pesquisa.

Estas inquietações motivaram o desenvolvimento da presente investigação, tendo com objetivo promover um processo de reflexão junto à equipe de enfermagem sobre o manejo do desconforto e da dor em recém-nascido.

REFERENCIAL TEÓRICO

Para sustentação teórica deste estudo, foram utilizados os pressupostos de Paulo Freire, que instiga os sujeitos a problematizar a realidade vivenciada^{6,7} pelo recém-nascido exposto à dor, em UTIN, e permite que os participantes da pesquisa reflitam sobre suas ações e construam, através do diálogo, um pensar-fazer consciente. Este processo ocorre por meio da ação-reflexão-ação e, assim, constrói a prática-teoria-prática durante o cotidiano de cuidar no hospital.

A abordagem problematizadora possibilita a construção progressiva do conhecimento individual através da ação-reflexão-ação e da associação da prática com a teoria⁶. É pela educação dialógica problematizadora que Freire anuncia a transformação da realidade das pessoas, através do processo de conscientização⁷.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa convergente adicional (PCA), que tem como característica a junção entre a prática assistencial e o processo educativo que o enfermeiro desenvolve como facilitador no seu ambiente de trabalho junto à equipe de enfermagem. A PCA é um método voltado para resoluções ou minimização de problemas da prática do cotidiano que a enfermeira vivencia e para possíveis mudanças que o processo de reflexão promove nas práticas de saúde⁸.

O local de realização deste estudo foi a UTIN de um hospital-escola do sul do Brasil. Os participantes do estudo foram quatro enfermeiras, nove técnicos de enfermagem, um auxiliar de enfermagem e dois acadêmicos de enfermagem. Todos os profissionais da equipe de enfermagem foram convidados a participar da investigação, exceto os que estavam de férias, licença-saúde ou afastados das atividades laborais por qualquer outro motivo. Foram realizados quatro grupos de reflexões no período de outubro a novembro de 2011 por meio do processo educativo orientado pelos pressupostos de Paulo Freire e do arco da problematização^{6,7}.

No 1º encontro, foram identificadas as percepções do grupo sobre o desconforto e a dor vivenciada pelo RN ou seus fatores desencadeantes. A proposta do 2º encontro foi a de verificar os métodos não farmacológicos conhecidos, além de revisar, na literatura, outros métodos não farmacológicos mencionados como eficazes. Já no 3º encontro, foram discutidos quais e como são utilizados os métodos não farmacológicos para alívio da dor. No último encontro, foi avaliado o que funciona adequadamente na realidade do referido hospital e o que pode melhorar com relação ao manejo do desconforto e da dor no RN.

A coleta dos dados da PCA, portanto, foi realizada a partir dos depoimentos dos profissionais da equipe de enfermagem durante o transcorrer dos encontros. Para os registros dos grupos de reflexões, utilizou-se o gravador, conforme acordado com os profissionais participantes. Também foi feito registro em diário de campo.

Para analisar os dados, buscaram-se os depoimentos mais significativos em relação ao objetivo proposto. Essa etapa envolveu os processos de apreensão, síntese e teorização propostas pela PCA⁸. Inicialmente, realizou-se leitura das falas obtidas no decorrer dos grupos reflexivos, contribuindo para o surgimento de palavras-chave que contemplassem o objetivo da pesquisa. A etapa de síntese que veio a seguir remeteu a leituras árduas de

artigos pertinentes ao tema, objetivando a procura de expressões emitidas pelos participantes na perspectiva de levantar as possíveis categorias. Por fim, a etapa de teorização buscou estreitar a relação das categorias com o referencial teórico⁸. Deste processo emergiram três categorias: os estímulos ambientais provocam dor e desconforto no RN; procedimentos invasivos como principais causadores da dor em RN; e a enfermagem reconhece os sinais algícos e de desconforto do bebê.

Assegurando os preceitos éticos, os participantes da pesquisa aceitaram dela participar voluntariamente e foram identificados com letras do alfabeto referentes à sua categoria profissional - técnico de enfermagem(T), enfermeiro(E) e auxiliar de enfermagem(A) - seguida de um número sequencial (por exemplo, T1, E2, A1). Os encontros foram realizados após os profissionais assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número de processo 2241 FR 462628.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise foi realizada a partir das três categorias que emergiram dos dados coletados durante o processo de reflexão.

Os estímulos ambientais provocam dor e desconforto no RN

Os avanços tecnológicos resultaram em um aumento de manipulação dos RN, especialmente os pré-termos e de baixo peso, levando-os a permanecer sob forte luminosidade e ruídos ambientais durante todo o tempo^{2,9}. São múltiplas as causas de desconforto para o recém-nascido em uma UTIN, incluindo: ventilação prolongada, nutrição inadequada, episódios de quedas de saturação de oxigênio, iluminação intensa, ruídos constantes, procedimentos múltiplos, entre outros. Além disso, o neonato está submetido a diversos ruídos que são produzidos por ventiladores, incubadoras, monitores, alarmes, aspiradores de secreção, saídas de oxigênio e ar comprimido, telefones, diálogos estabelecidos entre os profissionais e familiares que podem comprometer o bem-estar do bebê e prejudicar seu desenvolvimento¹⁰.

Outro aspecto que tem preocupado os pesquisadores são as consequências do uso de luzes fluorescentes contínuas sobre o bebê, devido aos efeitos fisiológicos e bioquímicos desse tipo de iluminação. A iluminação contínua também interfere no desenrolar do ritmo do padrão dia e noite, importante no desenvolvimento futuro da criança, podendo provocar retinopatia no prematuro, levando à cegueira¹¹.

Nos depoimentos dos profissionais da enfermagem, percebe-se a preocupação com o excesso de estímulos ambientais, tais como ruídos e luminosidade.

[...] tu tens que explicar para um recém-nascido o que é dia, o que é noite, abre as cortinas, mostra a luz, porque o prematuro tinha que estar dentro da barriga, então ele não precisa ter estímulos externos de luz, de calor, de barulho, então ele não precisa nada desses estímulos, eles precisam de tranquilidade (T2).

[...] às vezes [...], até quando eu vou abrir a incubadora, eu tenho dó [...] porque eles estão dormindo e só pelo fato daquele barulhinho a mão e o pé vão lá em cima, no maior susto (T7).

Várias são as medidas comportamentais (não farmacológicas) que podem ser realizadas com o intuito de prevenir o desconforto e a dor durante a hospitalização e também para tornar o ambiente mais humanizado e menos estressante para os bebês e seus familiares: controlar a incidência de luzes fortes sobre o RN; diminuir o ruído a sua volta (alarmes e conversas); racionalizar a manipulação do RN (preservar períodos livres para o sono e evitar múltiplas coletas de sangue que devem ser agrupadas), utilizando protocolos de manipulação mínima; estimular o uso de cateteres centrais; diminuir a quantidade de esparadrapos e outras fitas adesivas sobre a pele; posicionar de forma adequada o tubo traqueal evitando sua tração ou movimentação¹².

Uma fala que chama a atenção é a preocupação que os profissionais têm em respeitar o tempo do bebê, conforme recorte a seguir:

Vamos esperar, vamos aquecer, vamos falar com o médico para ver se pode ser mais tarde, ou quanto tempo ele pode ficar sem determinada medicação. Deixar o bebê descansar e saber que a gente não vai ser mais competente em mexer em um neném toda hora (T2).

No manuseio, *dar um tempo* é uma abordagem que deve ser utilizada por toda a equipe da UTIN, bem como pelos pais após orientação. Antes da realização de procedimentos técnicos, o profissional que cuida do bebê pode solicitar ao colega ou aos pais que auxiliem na assistência neonatal, oferecendo ternura e consolo, na tentativa de que os estímulos terapêuticos permaneçam dentro da sua tolerância¹³. Independente da estratégia adotada pelo profissional de saúde para minimizar a dor do neonato, a humanização e o respeito devem ser os principais focos das práticas de cuidado, procurando reduzir os traumas causados pela hospitalização⁴.

Procedimentos invasivos como principais causadores da dor em RN

No que diz respeito ao RN, o fato dele não verbalizar sua dor, fez com que até meados da década de 1970, os clínicos e investigadores acreditassem que o neonato era incapaz de sentir dor, em função da imaturidade neurológica. Atualmente, no entanto, pesquisas têm documentado que o RN possui todos os componentes funcionais e neuroquímicos necessários para a recepção e transmissão do estímulo doloroso^{4,12,14}.

Paralelamente à sofisticação dos recursos terapêuticos, um maior número de procedimentos invasivos se faz necessário para garantir a sobrevivência dessas crianças.

Este avanço tecnológico e de novas práticas trouxe um custo para o neonato, incluindo uma maior exposição a fenômenos dolorosos. Por isso, a imaturidade neurológica não torna o RN incapaz de sensibilidade e memórias álgicas; pelo contrário, a mielinização incompleta é compensada pelo menor distanciamento interneuronal, o que aumenta a velocidade média de condução nervosa^{4,14}.

Na prática diária, são realizados, em unidades neonatais, inúmeros procedimentos de rotina, como punção do calcanhar e arteriovenosas consideradas dolorosas para o RN. Devido à sua incapacidade de verbalizar conceitos, são dependentes da observação e interpretação de seu comportamento por parte dos cuidadores^{12,15}.

Sabe-se que o tratamento adequado da dor neonatal está associado a menores implicações e redução da mortalidade. Nesse contexto, faz-se importante a adição de técnicas de prevenção e controle da dor na UTIN. Nos encontros, foi possível observar que os profissionais já identificam os procedimentos que causam dor no RN e se preocupam em utilizar estratégias para minimizar os efeitos deletérios da dor.

A aspiração, eu acho, que dos procedimentos que a gente faz, mais dolorosa, enfim, CPAP, intubação... punção lombar, gasometria que está dentro dos exames (E1).

Doer muito é dreno de tórax (T3).

[...] o abocath já dói para caramba. Imagina! Quando a gente fica cutucando a arterial! Quem usa CPAP está sempre irritado [...] (E1).

[...] seis dias depois que medicaram, eu achava que era dor, eu via e esticava [seu membro], ela chorava [...] (A1).

É de importância primordial o emprego da abordagem preventiva sempre que a dor possa ser prevista. No caso de procedimentos como punções venosas, intubação, entre outros, é melhor fazer a profilaxia do que esperar que o estímulo doloroso aconteça para poder tratar ou amenizar^{12,15}.

Diversos estudos vêm mostrando que o estímulo doloroso repetitivo ou prolongado em fases precoces da vida pode levar a alterações no sistema nervoso central com consequências durante a infância e, possivelmente, na vida adulta^{15,16}.

As falas dos participantes revelam que alguns profissionais ainda sentem dificuldades em tratar a dor, como se pode constatar:

[...] resistência porque eles [os médicos] sempre dizem que há uns anos atrás [pensava-se] que não sentiam dor porque uma parte do sistema nervoso não estava formada. É isso que eles diziam sempre (T5).

Não é qualquer choro que a gente pode dar medicação. Aqui fala de medidas farmacológicas e de não farmacológicas (T4).

Aqui não dá medicação de rotina, é só nossa [referindo-se a enfermagem], nós que temos que perceber essa parte (T2).

As dificuldades para o tratamento adequado da dor no RN não residem somente na falta de opções diagnósticas e terapêuticas, mas em como os profissionais da área de saúde se utilizam dos conhecimentos científicos a respeito da presença, do diagnóstico e do tratamento da dor em sua prática diária^{12,17}.

A indicação de analgesia deve ser individualizada e sempre considerada em todos os RN portadores de doenças potencialmente dolorosas e/ou submetidos a procedimentos invasivos, cirúrgicos ou não¹⁸.

Uma estratégia de humanização percebida no grupo participante é fazer os procedimentos sempre com duas pessoas, prática recomendada também na Norma de Atenção Humanizada ao RN de baixo peso do Ministério da Saúde brasileiro¹³.

Eu nunca puncionei sozinha, nem sei se eu sei puncionar sozinha (T2).

[...] eu vim para cá e já aprendi a puncionar de duas por causa da dor [...] (T4).

Os profissionais devem atuar em conjunto durante os procedimentos, tomando a precaução de deixar uma pessoa dando suporte contínuo ao RN (podendo ser o pai ou a mãe), sendo cautelosos durante os cuidados e mantendo todas as interações dentro da tolerância do neonato^{12,13}.

Deve-se acentuar o processo de sensibilização dos profissionais, em especial os da enfermagem, para a linguagem do RN, com a finalidade de melhorar a assistência desse pacientes submetidos a inúmeros procedimentos dolorosos ao longo das internações nas UTIN's, pois estes profissionais são os principais envolvidos no manejo e nos cuidados neonatais^{12,16}.

A enfermagem reconhece os sinais álgicos e de desconforto do RN

A prevenção e o tratamento da dor são um constante desafio. Envolvem a avaliação da presença, do tipo, da intensidade, da localização e das possíveis causas da dor. Os parâmetros dessa avaliação podem mudar de cliente para cliente e, em se tratando de recém-nascido, essa avaliação torna-se ainda mais difícil, já que não se comunicam verbalmente, exigindo do profissional da enfermagem um efetivo raciocínio crítico, treinamento adequado e atualizações constantes^{16,17}.

Atualmente, uma noção amplamente aceita é que tanto o RN a termo como o pré-termo apresentam todos os componentes anatômicos, funcionais e neuroquímicos essenciais para a nocicepção, ou seja, para a recepção, transmissão e integração do estímulo doloroso. Entre os comportamentos que podem indicar dor no RN estão o choro, a expressão facial e a agitação. Já no rol das reações fisiológicas, destacam-se o aumento da frequência cardíaca, respiratória e da pressão arterial, a diminuição da saturação de oxigênio, a apneia, a cianose, os tremores e a sudorese^{12,16,18}.

Nos depoimentos, há falas que ilustram a capacidade dos profissionais de enfermagem de identificar a dor.

Na realidade, a percepção da dor é bem notória para todos aqui (E1).

Se a gente está na enfermagem tem que procurar o bem-estar, a humanização do outro, porque a gente está fazendo para o outro, não está fazendo para nós (T1).

[...] quando eu estou passando uma sonda, dói muito. Dói em mim e dói nele (A1).

[...] todos os bebês daqui sentem dor [...] ficar com a dor? Porque eles não vão ter memória mais tarde? (E1).

Esta última fala retrata bem a preocupação com o futuro do RN em UTIN, pois a imaturidade neurológica não torna o neonato incapaz de sensibilidade e memórias álgicas¹⁶. A dificuldade de avaliação e mensuração do desconforto e da dor no RN constitui-se no maior obstáculo ao tratamento adequado da dor nas unidades neonatais¹⁵.

No encontro reflexivo, os profissionais destacaram, ainda, a importância da observação, de reconhecer os sinais do bebê.

Ampliar eu acho um pouco mais a observação do que é dor, não só do choro, mas a expressão facial, como a gente tem a escala [...] (E1).

No serviço onde foi realizada a pesquisa, é utilizada a escala de NIPS, com o objetivo de padronizar e facilitar a avaliação da dor no neonato. As escalas multidimensionais, como a NIPS, foram desenvolvidas a partir da necessidade de decodificar os sinais comportamentais e fisiológicos do RN. A NIPS é composta por seis indicadores de dor, cinco comportamentais e um fisiológico, incluindo a expressão facial, o choro, a movimentação de braços e pernas, o estado de sono/alerta e o padrão respiratório¹⁵. Não basta saber que o RN manifesta sua dor de diferentes formas; é necessário utilizar instrumentos que possibilitem ao profissional decodificar a linguagem dessas expressões e estabelecer estratégias adequadas para minimizar a dor e o desconforto.

CONCLUSÃO

Ao buscar compreender as expectativas dos profissionais participantes do processo de reflexão acerca do manejo do desconforto e da dor em RN, constatou-se que os integrantes deste grupo, através do diálogo e da reflexão-ação-reflexão, vislumbraram novas perspectivas e refletiram as práticas já realizadas, pautadas nos conhecimentos científicos, contextualizando-as como manejos apreendidos no cotidiano em UTIN, atingindo, assim, o objetivo desta investigação.

Nos encontros, percebeu-se a preocupação dos profissionais com a influência do fator ambiental que leva a possíveis desconfortos/dor ao RN com implicações no seu desenvolvimento neuropsicomotor, já

adotando, na prática, medidas como redução dos ruídos e luminosidade. Além disso, salientam a necessidade de medidas não farmacológicas e farmacológicas no manejo da dor, principalmente relacionadas aos procedimentos invasivos.

Destaca-se, ainda, nesta pesquisa, a importância dos profissionais da enfermagem reconhecerem os sinais de desconforto e dor emitidos pelo bebê e a utilização da escala NIPS como uma facilitadora deste processo. O recém-nascido, por meio de sinais como a expressão facial, a movimentação corporal, o choro e o estado de consciência, entre outros, exprime e tenta *comunicar* a dor sentida. Dessa forma, os sinais emitidos pelo RN diante do estímulo doloroso seriam um código, ou seja, uma linguagem. É preciso, então, que o profissional *reconheça* ou *decodifique* esses sinais. As escalas de avaliação da dor têm auxiliado o profissional de saúde neste processo.

Como limitação deste estudo, constatou-se a necessidade de discutir este tema com todos os profissionais que atuam na unidade neonatal e não apenas com os profissionais da enfermagem. Neste ambiente, o trabalho integrado em equipe multiprofissional é essencial para garantir a segurança e a qualidade do cuidado.

O desenvolvimento desta investigação promoveu um pensar coletivo através do diálogo e das reflexões sobre os artigos publicados a respeito da temática, bem como explorou as vivências da equipe de enfermagem no cotidiano em UTIN, resultando num repensar que poderá favorecer a construção de novas concepções e renovação das práticas.

REFERÊNCIAS

1. Crescêncio EP, Zanelato S, Leventhal LC. Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. *Rev Eletr Enf*. 2009; 11(1):64-9.
2. Dittz ES, Sena RR, Motta JAC, Duarte ED. Cuidado materno ao recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal: possibilidades e desafios. *Cienc enferm [online]*. 2011; 17(1):45-55.
3. Santos ND, Thiengo MA, Moraes JRMM, Pacheco STA, Silva LF. Empoderamento de mães de recém-nascidos prematuros no contexto de cuidado hospitalar. *Rev enferm UERJ*. 2014; 22(1):65-70.
4. Caetano EA, Lemos NRF, Cordeiro SM, Pereira FMV, Moreira DS, Buchhorn SMM. O recém-nascido com dor: atuação da equipe de enfermagem. *Esc. Anna Nery [online]*. 2013; 17(3):439-45.
5. Zytkeuwisz GV, Costa R, Klock P, Padilha MI. Implantação de protocolo da dor: uma experiência vivenciada. In: *Anais do 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 2009 dez 7-10; Fortaleza, Brasil. Fortaleza(CE): Associação Brasileira de Enfermagem; 2009.
6. Borille DC, Brusamarello T, Paes MR, Mazza VA, Lacerda MR, Maftum MA. A aplicação do método do arco da problematização na coleta de dados em pesquisa de enfermagem: relato de experiência. *Texto contexto - enferm*. 2012; 21(1):209-16.
7. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 50ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
8. Trentini M, Beltrame V. A pesquisa convergente-assistencial (PCA) levada ao real campo de ação da enfermagem. *Cogitare enferm*. 2006; 11(2):156-60.
9. Miranda AM, Cunha DIB, Gomes SMF. A influência da tecnologia na sobrevivência do recém-nascido prematuro extremo de

- muito baixo peso: revisão integrativa. *Rev Min Enferm.* 2010; 14(3):435-42.
10. Costa R, Padilha MI. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(2):248-55.
11. Kakehashi TY; Pinheiro EM; Pizzarro G; Guilherme A. Nível de ruído em unidade de terapia intensiva neonatal. *Acta paul. enferm.* 2007; 20(4):404-9.
12. Cordeiro RA, Costa R. Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2014; 23(1):185-92.
13. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. Manual técnico, Brasília (DF):2013.
14. Stevens BJ, Riahi S, Cardoso R, Ballantyne M, Yamada J, Beyene J et al. The influence of context in pain practices in the NICU: perceptions of health care professionals. *Qual Health Res.* 2010; 21(6):757-70.
15. Presbytero R, Costa MLV, Santos RCS. Os enfermeiros da unidade neonatal frente ao recém-nascido com dor. *Rev Rene.* 2010; 11(1):125-32.
16. Santos LM, Pereira MP, Santos LFN, Santana RCB. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva *Rev Bras Enferm.* 2012; 65(1):27-33.
17. Aymar CLG, Lima LS, Santos CMR, Moreno EAC, Coutinho SB. Pain assessment and management in the NICU: analysis of an educational intervention for health professionals. *Jornal de Pediatria.* 2014; 90(3):308-15.
18. Veronez M, Corrêa DAM. A dor e o recém-nascido de risco: percepção dos profissionais de enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2010; 15(2):263-70.