

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CAMILA THAYNÁ OLIVEIRA DOS SANTOS

**VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO PARA GERENCIAMENTO DA DOR NO
CUIDADO INTENSIVO NEONATAL**

MACEIÓ
2022

CAMILA THAYNÁ OLIVEIRA DOS SANTOS

**VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO PARA GERENCIAMENTO DA DOR NO
CUIDADO INTENSIVO NEONATAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Enfermagem Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Ana Carolina Santana Vieira

MACEIÓ
2022

Catálogo na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

S237v Santos, Camila Thayná Oliveira dos.
Validação de protocolo para gerenciamento da dor no cuidado intensivo neonatal / Camila Thayná Oliveira dos Santos. – 2022.
68 f. : il.

Orientadora: Ana Carolina Santana Vieira.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) –
Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 51-55.
Anexos: f. 56-68.

1. Manejo da dor. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Protocolos clínicos. 4. Recém-nascido. 5. Unidade de terapia intensiva neonatal. I. Título.

CDU: 612.648

Folha de aprovação

Camila Thayná Oliveira dos Santos

VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO PARA GERENCIAMENTO DA DOR NO CUIDADO INTENSIVO NEONATAL

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Enfermagem Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Carolina Santana Vieira

Documento assinado digitalmente
 ANA CAROLINA SANTANA VIEIRA
Data: 14/12/2022 11:15:12-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof^a Dr^a Ana Carolina Santana Vieira
(Orientadora)

Documento assinado digitalmente
 INGRID MARTINS LEITE LUCIO
Data: 15/12/2022 10:50:28-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof^a Dr^a Ingrid Martins Leite Lúcio
(Co-Orientadora)

Banca examinadora

Documento assinado digitalmente
 FERNANDA SILVA MONTEIRO
Data: 15/12/2022 17:50:16-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof^a Ms Fernanda Monteiro
(Examinador interno)



Ms Bruna Luizy dos Santos Guedes
(Examinador externo)

MACEIÓ
2022

“Só há duas maneiras de viver a vida: a primeira é vivê-la como se os milagres não existissem. A segunda é vivê-la como se tudo fosse milagre.”

-Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Chego ao fim dessa trajetória linda que embora pareça clichê seja a mais pura verdade, foi escolhida por Deus para mim.

Eu de fato não escolhi a enfermagem, mas Deus a escolheu para mim.

E olhar para esses últimos anos da minha vida, me deu a resposta de muitas perguntas que fiz a Deus chorando.

Sei que tudo que vivi foi necessário, as pedras que estavam no meu caminho foram importantes, para eu não desistir.

E o meu grande amor, meu ABBA, meu consolador e intercessor me sustentou nessa árdua jornada.

Então, como todos os clichês de TCCs à DEUS, primeiramente agradeço e dedico esse trabalho. Mas não de forma banal, mas com toda a verdade que há em meu coração:

“PORQUE DELE, E POR ELE, E PARA ELE, SÃO TODAS AS COISAS; GLÓRIA, POIS, A ELE ETERNAMENTE. AMÉM.” — ROMANOS 11:36

A professora e orientadora Dra Ana Carolina Vieira, pelos ensinamentos, estímulo, exemplo de competência, e profissionalismo.

À professora Dra. Ingrid Lúcio que contribuiu na minha formação por ter me acolhido.

À Universidade Federal de Alagoas pela oportunidade de realização desta pesquisa e aos seus professores pela contribuição à minha formação profissional e acadêmica.

A todos os docentes e funcionários que de certa forma contribuíram para minha formação.

A meu amor Emanuel Barros Barboza de Carvalho que me incentivou e me apoiou nos momentos mais difíceis durante essa fase da vida.

Agradeço aos meus avós, meus pais, familiares por todo amor, carinho e compreensão para que eu pudesse alcançar mais uma etapa na minha vida.

Aos meus amigos quero deixar aqui registrada minha gratidão por todo o apoio que recebi, em especial a Rita de Cássia Ramires da Silva que me acompanhou e me apoiou nesta aventura da graduação em enfermagem.

Só quero agradecer por ter vocês em minha vida para me acompanhar na minha trajetória e me apoiar e incentivar em tudo que eu possa ser.

RESUMO

Durante muitos anos, acreditou-se que o recém-nascido era incapaz de sentir dor, devido à imaturidade no sistema nervoso e a dor possuir sinais subjetivos. Entretanto, avanços de pesquisas voltadas aos cuidados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal contribuíram para a produção de evidências sobre a dor neonatal e suas consequências. A avaliação da dor é ampla e precisa de sistematização pela equipe de saúde e deve ser assegurada na prestação dos cuidados ao recém-nascido, quer por medidas farmacológicas ou não. Neste cenário assistencial a utilização de protocolos para o gerenciamento da dor neonatal possibilita avaliação sistematizada e a gestão dos eventos adversos, ampliando a qualificação do cuidado. Nesse sentido, o presente estudo busca validar a proposta de protocolo de gerenciamento da dor e estresse para recém-nascidos hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal. Esse estudo é do tipo metodológico, descritivo e de abordagem quantitativa, realizado no período de março a outubro de 2022. Participaram da validação 9 profissionais com expertise e experiência na área neonatal. Como produto, este protocolo necessita da realização de alguns ajustes para tornar-se válido com êxito. Ademais, é imprescindível a realização de novos estudos com amostra maior para uma representatividade e poder de generalização. As limitações do estudo foram a não disponibilidade de alguns juízes, reduzindo, assim, o tamanho da amostra, como também o longo período referente à devolução dos protocolos devidamente preenchidos e avaliados.

Palavras-chaves: Manejo da dor; Cuidados de enfermagem; Protocolos clínicos; Recém-nascido; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT

For many years, it was believed that the newborn was incapable of feeling pain, due to the immaturity of the nervous system and pain having subjective signs. However, advances in research focused on care in the Neonatal Intensive Care Unit have contributed to the production of evidence on neonatal pain and its consequences. Pain assessment is broad and needs to be systematized by the health team and must be ensured in the provision of care to newborns, either through pharmacological measures or not. In this care setting, the use of protocols for managing neonatal pain enables a systematic assessment and management of adverse events, expanding the qualification of care. In this sense, the present study seeks to validate the proposed pain and stress management protocol for newborns hospitalized in a neonatal intensive care unit. This study is methodological, descriptive and with a quantitative approach, carried out from March to October 2022. Nine professionals with expertise and experience in the neonatal area participated in the validation. As a product, this protocol needs some adjustments to become valid successfully. Furthermore, it is essential to carry out new studies with a larger sample for representativeness and generalization power. The limitations of the study were the unavailability of some judges, thus reducing the sample size, as well as the long period for the return of duly completed and evaluated protocols.

Keywords: Pain management; Nursing care; Clinical protocols; Newborn; Neonatal Intensive Care Units.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Nocicepção

Figura 2. Formação dos especialistas participantes do estudo

Figura 3. Tempo de formação em anos dos participantes do estudo

Figura 4. Campo de atuação dos participantes do estudo

Figura 5. Fontes de buscas de informações sobre avaliação de dor neonatal

Figura 6. Avaliação quanto à abrangência, clareza e coerência da apresentação do protocolo

Figura 7. Avaliação quanto criticidade unicidade, sequência relevância, redação científica e objetividade dos itens da apresentação do protocolo

Figura 8. Avaliação quanto aplicabilidade da apresentação do protocolo

Figura 9. Avaliação quanto atualização do protocolo

Figura 10. Avaliação quanto abrangência do protocolo

Figura 11. Avaliação quanto unicidade, atualização, redação científica e clareza e coerência

Figura 12. Avaliação quanto criticidade dos itens, objetividade e aplicabilidade

Figura 13. Avaliação quanto à relevância do protocolo.

Figura 14. Avaliação quanto à abrangência e atualização do protocolo

Figura 15. Avaliação quanto à clareza e coerência, criticidade, objetividade, redação científica, relevância, aplicabilidade, sequência e unicidade do protocolo.

Figura 16. Fórmula do índice de validade de conteúdo

Figura 17. Cálculo de porcentagem de concordância entre os juízes

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Escalas de avaliação da dor

Quadro 2. Sugestões, comentários ou justificativas a respeito do protocolo no tópico de medidas de conforto

Quadro 3. Sugestões, comentários ou justificativas a respeito do protocolo no tópico de medidas de cuidado com a pele

Quadro 4. Sugestões, comentários ou justificativas a respeito do protocolo no tópico de medidas para o gerenciamento da dor

Quadro 5. Demonstração de pontuação em relação aos itens avaliados e a quantidade de avaliadores do eixo 1: Avaliação quanto às medidas de conforto

Quadro 6. Demonstração de pontuação em relação aos itens avaliados e a quantidade de avaliadores do eixo 2: Avaliação quanto às medidas de cuidado com a pele

Quadro 7. Demonstração de pontuação em relação aos itens avaliados e a quantidade de avaliadores do eixo 3: Avaliação quanto às medidas para o gerenciamento da dor

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Academia Americana de Pediatria - AAP

Atenção Integral da Saúde da Criança e do Adolescente - AISCA

Associação Internacional para o Estudo da Dor - IASP

Escala de Avaliação da Dor em Recém-nascidos e Lactentes - NIPS

Escala de Dor e Desconforto do Recém-Nascido - EDIN

Escala Indicadores Comportamentais da Dor no Lactente - BIIP

Frequência cardíaca - FC

Frequência respiratória - FR

Idade gestacional - IG

Índice de validade de conteúdo - IVC

Organização Mundial de Saúde - OMS

Pressão intracraniana - PIC

Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC

Recém-nascido - RN

Saturação periférica de oxigênio - SPO₂

Sinal vital - SV

Sistema nervoso central - SNC

Sistema Único de Saúde - SUS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Universidade Federal de Alagoas - UFAL

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	132
OBJETIVOS	152
152.2 Objetivos específicos	152.1 Objetivo geral
164 METODOLOGIA	153 HIPÓTESE
174.3 Cenário	174.1 Tipo de Estudo
184.5 Critérios de inclusão	174.4 Participantes
184.7 Produção, organização e análise das informações	184.6 Critérios de exclusão
195. REVISÃO DE LITERATURA	184.8 Aspectos éticos
205.2 Consequências do gerenciamento inadequado da dor para o RN	205.1 Fisiologia da dor no recém-nascido
mensuração da dor	225.3 Instrumentos para
245.5 Abordagem da dor no RN (farmacológica e não farmacológica)	235.4 Técnica de mensuração da dor no RN
farmacológicas	255.5.1 Intervenções não
275.6 Importância da construção de protocolos em saúde	265.5.2 Intervenções farmacológicas
306.1 Caracterização dos especialistas	296. RESULTADOS
326.2.1 Avaliação quanto às medidas de conforto	306.2 Validação de Conteúdo
cuidado com a pele	326.2.2 Avaliação quanto às medidas de
386.3 Validação	356.2.3 Avaliação quanto às medidas para o gerenciamento da dor
406.3.2 Porcentagem de concordância	406.3.1 Índice de validade de conteúdo (IVC)
467.1 A equipe multiprofissional e os participantes do estudo	457. DISCUSSÃO
467.2 A validação do protocolo	
488. CONCLUSÃO	
51 REFERÊNCIAS	52 ANEXO 1 – E-mail enviado aos avaliadores
57 ANEXO 2 – Instrumento de avaliação	57 ANEXO 3 – Protocolo de gerenciamento da dor
recém-nascido	66

1 INTRODUÇÃO

O estudo sobre a dor envolve diferentes aspectos pertinentes à experiência sensitiva e emocional desagradável, sendo reconhecido como um problema de saúde global, bem como seu tratamento e alívio. Nesse sentido, o seu gerenciamento constitui-se no direito humano defendido por organizações, tais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) (OLIVEIRA; GASPARDO; LINHARES, 2017).

As experiências de gerenciamento da dor são conhecidas desde a antiguidade, quando médicos europeus faziam tratamentos utilizando-se do ópio para diminuição da dor, bem como pela utilização do éter e o clorofórmio como anestésicos durante cirurgias e a inserção da morfina e heroína com a mesma finalidade. Avanços das discussões éticas por parte dos profissionais de saúde possibilitaram a identificação das dificuldades nos processos de cicatrização até a dependência química por elas causadas (COLLIER, 2018).

Desde esse contexto até a década de 1980, os profissionais de saúde acreditavam que o recém-nascido (RN) não sentia dor em razão da imaturidade do seu sistema nervoso central (SOARES et al., 2016). Contudo, pesquisas da Academia Americana de Pediatria (AAP), evidenciam que o RN possui componentes dos sistemas neuroanatômico e neuroendócrino suficientes para permitir a transmissão do estímulo doloroso, demonstrando que entre a vigésima e a vigésima quarta semana gestacional, o feto é capaz de perceber os estímulos dolorosos, pois as sinapses nervosas estão completas para a percepção da dor e as terminações livres existentes na pele e em outros tecidos já possuem os receptores para a dor (CORDEIRO; COSTA, 2014).

As manifestações da dor são abstratas e envolvem mecanismos físicos, psíquicos e culturais (NÓBREGA et al., 2018). Servem como um sinal de alerta, desencadeando reações fisiológicas e psicológicas nos indivíduos (CHRISTOFFEL et al., 2017). A experiência dolorosa para o neonato pode resultar em alterações fisiológicas, comportamentais e no desenvolvimento do sistema nervoso, levando a prejuízos futuros (SPOSITO et al., 2017).

Na rotina diária de cuidados no ambiente hospitalar, o profissional de saúde, ao prestar a assistência, tem dentre suas atribuições a realização de procedimentos que podem causar desde um desconforto momentâneo até a dor. Frente aos profissionais de saúde está o desafio de compreender e perceber a dor neonatal e fazer as intervenções assertivas no seu manejo (COSTA et al., 2019).

As normas publicadas pela AAP e pela IASP enfatizam a importância da avaliação da dor no período neonatal, realizada por meio de três eixos básicos: mudanças fisiológicas, hormonais e comportamentais exibidas em resposta aos eventos dolorosos (AAP, 2016).

Desse modo, o processo de gerenciamento da dor engloba medidas como a identificação dos sinais de dor manifestados pelos RN, avaliação efetuada por escalas, planejamento de ações e tratamento (CHRISTOFFEL et al., 2019). Além disso, recomendações foram sintetizadas em protocolos de cuidados, diretrizes ou consensos para embasar a assistência prestada. Incluindo a avaliação rotineira da dor, redução do número de procedimentos dolorosos, uso efetivo de medidas não farmacológicas e farmacológicas para a prevenção da dor (CHRISTOFFEL et al., 2017).

Entretanto, ainda existem lacunas com relação ao conhecimento dos profissionais de saúde quanto à avaliação e ao gerenciamento da dor (SPOSITO et al., 2017). Diante dessa realidade, o presente estudo teve como objetivo validar uma proposta de protocolo de gerenciamento da dor e estresse para recém-nascidos hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal.

Esse protocolo é fruto do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), ciclo 2018/2019, que contou com a participação de estudantes do grupo de pesquisa Atenção Integral da Saúde da Criança e do Adolescente (AISCA/CNpq/UFAL) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). A sua construção decorreu sob forma de revisão de literatura com posterior publicação no livro da editora Atena: Tecnologia e Inovação para o Cuidar em Enfermagem 2, capítulo 12, no ano de 2020, intitulado “Gerenciamento da dor e estresse no recém-nascido: Proposta de protocolo”.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Validar um protocolo para gerenciamento da dor numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Aprimorar a atenção prestada pelos profissionais de saúde a partir da compilação de medidas efetivas e sistemáticas para avaliar, classificar e manejar a dor em pacientes da UTIN, conferindo melhor qualidade da assistência.

3 HIPÓTESE

Para o presente estudo formulou-se a seguinte hipótese: “Acredita-se que a validação de um protocolo voltado para o gerenciamento da dor em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal faz com que a avaliação e a gestão dos eventos adversos relacionados à dor sejam mais acuradas, possibilitando a melhoria na assistência voltada a esses pacientes”.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo metodológico que buscou a validação de protocolo para gerenciamento da dor numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Este considerou medidas de conforto, cuidados pele a pele e gerenciamento de métodos não-farmacológicos com o objetivo de atenuar os efeitos desfavoráveis relacionados ao período de hospitalização, bem como, minimizar o sofrimento diante dos procedimentos dolorosos.

Sendo um estudo metodológico, a pesquisa acaba por visar a observação, o registro e a análise de fenômenos sem a interferência do pesquisador principal durante todo o processo, tal qual acontece com a validação de instrumentos, em que se faz necessário investigar métodos de se obter, organizar e analisar os dados, abordando a elaboração, validação e avaliação de instrumentos de pesquisa com o intuito de construir instrumentos que sejam viáveis ao público para o qual é destinado e, assim, aplicá-los por meio de outros pesquisadores (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Utilizou-se a validação quanto ao conteúdo adotando-se a avaliação de especialistas. Essa técnica permite obter o consenso de *experts* que estudam e/ou trabalham na área de assistência de enfermagem a respeito da fenomenologia do alívio da dor (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Esse grupo foi composto por nove juízes, sendo eles profissionais especialistas com comprovada experiência prática e científica na área de estudo e de diversas áreas da saúde, compondo uma equipe multidisciplinar.

Estes profissionais avaliaram a proposta de gerenciamento da dor através de um instrumento de validação que foi enviado por *e-mail* e através de um *link*, no Google formulários[®], no qual foi possível responder o questionário e preencher, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE).

Após a aceitação dos convidados, realizou-se o processo de análise do instrumento, no qual utilizou-se da escala *Likert* para obtenção das médias. Foi considerado consenso quando das quatro respostas, de seis possíveis, para uma questão da avaliação foram similares, ou seja, maior que 60% de consenso. Possibilitando que houvesse um índice maior que o consenso mínimo estabelecido, de forma para assegurar a evidência científica (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

4.3 Cenário

Teve como cenário o ambiente virtual do Google[®]: Google Forms[®].

4.4 Participantes

Os participantes desse estudo foram 9 profissionais com expertise em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, sendo caracterizado por um grupo com um profissional de cada categoria, a saber: Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo e Terapeuta Ocupacional.

4.5 Critérios de inclusão

Foram incluídos nesse estudo profissionais que trabalham direta ou indiretamente na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e que possuem, no mínimo dois anos de experiência ou especialização.

4.6 Critérios de exclusão

Foram excluídos do presente estudo, profissionais que não possuem *expertise* e experiência em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

4.7 Produção, organização e análise das informações

Para testar a hipótese criada no presente estudo, foram seguidas **4** etapas, explicadas a seguir. Na **primeira etapa** houve a construção do instrumento próprio para avaliação. Foi feita uma aproximação com os profissionais selecionados para compor a validação de forma a apresentar os objetivos do estudo.

A seguir, na **segunda etapa**, foi solicitada a sua participação através da assinatura *online* do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente, por meio de instrumentos que serviram como guia para a avaliação do protocolo, ele foi apresentado a cada participante para a avaliação da sua aplicabilidade, viabilidade e clareza. Foram solicitados, também, o apontamento das sugestões de melhorias e acréscimos no protocolo, de forma a aumentar a sua viabilidade.

Na **terceira etapa**, foram realizadas as melhorias solicitadas pelos profissionais participantes, bem como o cálculo do índice de validade de conteúdo (IVC), enquanto na **quarta etapa**, os resultados foram construídos sob forma de trabalho de conclusão do curso para posterior divulgação sob forma de artigo. Em todo o processo, as sugestões e avaliações de cada profissional foram arquivadas em nuvem digital, de forma a impossibilitar a perda de dos dados.

4.8 Aspectos éticos

Inicialmente, a pesquisadora buscou a aproximação com os profissionais que foram convidados para participar da pesquisa, no intuito de esclarecer seus objetivos e finalidades.

Ademais, foi solicitada a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, pelos profissionais que se dispuseram a participar do ~~presente~~ estudo. Uma das vias será entregue ao participante e a outra, recolhida pela pesquisadora.

O estudo foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) sendo aprovado sob o número do parecer: 4.952.296. Ao longo da pesquisa, todas as etapas seguiram conforme preconiza a Resolução n° 510/2016, sendo respeitados os pressupostos da bioética, a saber: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, onde prevalecerá o critério de respeito à sua dignidade e a proteção de seus direitos e bem-estar.

5. REVISÃO DE LITERATURA

A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desconfortável associada a um dano tecidual real ou potencial, produzida por terminações nervosas sensíveis (*INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN*, 1994). Durante muitos anos acreditou-se que o RN era incapaz de sentir dor, pela imaturidade no sistema nervoso e pelo fato de a dor representar um sinal vital (SSVV) avaliado de modo subjetivo (BOTTEGA; FONTANA et al, 2010).

Sendo a avaliação da dor de difícil compreensão, especialmente no RN, os avanços científicos relacionados ao gerenciamento adequado e a abordagem terapêutica oportuna, são correntes de pensamentos que tem ganhado força diante da necessidade de recursos tecnológicos e de equipe multiprofissional capacitada (MOURA et al., 2017).

Diante do exposto, os avanços nos estudos dos cuidados na UTIN contribuíram para gerar discussões sobre a dor neonatal e seus impactos durante a internação. A problemática apresentada está relacionada não apenas a impactos sobre os serviços de saúde, mas também sobre a qualidade de vida dos indivíduos, especialmente no que se refere ao contingenciamento da dor durante o período de hospitalização.

Dessa maneira, é preciso dar a devida importância à dor, semelhante ao monitoramento dos SSVV, sendo a avaliação tão importante quanto à rotina de cuidados ao RN, especialmente aqueles hospitalizados (VALERIO et al., 2019).

Para isso, faz-se necessário conhecimento e sensibilidade dos profissionais de saúde para o gerenciamento adequado da dor, além de estudos sobre a fisiologia, mensuração e avaliação de forma sistemática, considerando que são condições necessárias para se apropriar empatia, alteridade e ética para viabilizar uma conduta de assistência calcada em conhecimento científico e profissionalismo.

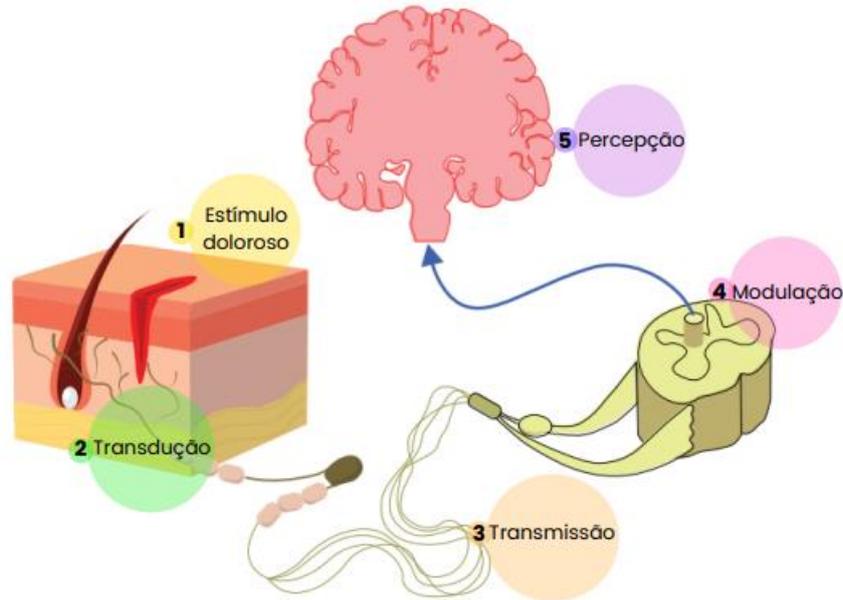
Espera-se, também, que o estudante e/ou profissional possa compreender a multidimensionalidade da dor, entendendo as características distintas que cada indivíduo apresenta para a representação, modulação e percepção.

5.1 Fisiologia da dor no recém-nascido

Fisiologicamente, a dor é compreendida por uma cascata de acontecimentos neurofisiológicos, denominada nocicepção, e carrega consigo a possibilidade de ação em diferentes alvos terapêuticos durante o seu processo (RENN; DORSEY; GRIFFIOEN, 2020),

através das seguintes etapas: estímulo doloroso, transdução, transmissão, modulação e percepção (VIEIRA et al., 2022), como demonstrada abaixo (Figura 1).

Figura 1: Nociceção



Fonte: VIEIRA et al., 2022.

A pele e os diversos tecidos do corpo humano possuem receptores para dor (nociceptores) com alto limiar do sistema nervoso somatossensorial periférico capazes de transduzir e codificar os estímulos nocivos que decorrem de um evento real ou potencialmente prejudicial (VIEIRA et al., 2022; VIEIRA et al., 2020). Estes estímulos podem ser classificados, a depender da sua origem, em mecânicos, térmicos e químicos (GUYTON; HALL, 2017).

Ainda segundo Guyton & Hall (2017), os mecanismos de percepção e modulação ocorrem após liberação de conteúdos intracelulares responsáveis pelo início do processo inflamatório e pela atração de células inflamatórias para o local.

A via da nociceção, representada na figura 1, desenvolve-se cedo. Por volta da 6ª semana da gestação existem sinapses entre as células do corno dorsal da medula espinhal e os neurônios sensitivos estão em desenvolvimento. Estes neurônios crescem periféricamente, atingindo a pele dos membros até a 11ª semana de idade gestacional (IG) e do tronco por volta da 15ª semana e das restantes superfícies cutâneas e mucosas pelas 20ª semanas. Assim, no final do tempo de gestação, a densidade de terminações nervosas nociceptivas no neonato é semelhante à do adulto (OLIVEIRA et al., 2010).

Portanto, o conhecimento a respeito da fisiologia da dor e do entendimento de suas etapas possibilita maiores habilidades aos profissionais de saúde para a realização de uma correta avaliação, tratamento e compreensão do fenômeno doloroso no RN, visando uma assistência efetiva.

5.2 Consequências do gerenciamento inadequado da dor para o RN

É comprovado que o não tratamento ou tratamento inadequado da dor neonatal terá, muito provavelmente, efeitos negativos a curto e a longo prazo, como já citado em parágrafos anteriores. Os efeitos a curto prazo traduzem-se pelas respostas fisiológicas: aumento da frequência cardíaca (FC) e frequência respiratória (FR), diminuição da saturação periférica de oxigênio (SpO₂), aumento da pressão intracraniana (PIC) e respostas comportamentais (expressão facial de dor e choro), desencadeadas normalmente por um procedimento doloroso. Enquanto os efeitos a longo prazo são mais difíceis de provar, mas as evidências disponíveis apontam alterações da resposta ao estresse, no processamento da dor, na atenção e na cognição, durante a infância e adolescência (MEDEIROS; MADEIRA, 2006).

A dor, ao provocar uma atividade anormal ou excessiva do Sistema Nervoso Central (SNC) durante o seu processo de formação e maturação, pode causar alterações em seu desenvolvimento típico. Ademais, os circuitos cerebrais que fazem a ligação entre as áreas do córtex pré-frontal com o sistema límbico estão em processo de formação nesta fase do desenvolvimento (MEDEIROS; MADEIRA, 2006).

A dor nesta fase da vida pode provocar mudanças nos padrões tidos como de normalidade que vão refletir, posteriormente, numa resposta alterada à dor, podendo levar a modificações do desenvolvimento neuronal: hiper inervação, que corresponde a um aumento das ramificações das terminações nervosas nociceptivas, assim como a um menor volume das áreas sensoriais do cérebro (CAETANO et al., 2013).

Devido a estas alterações, poderão surgir sequelas neurocomportamentais e variações no processo somatossensorial, sendo elas a hiperalgesia que se dá pelo aumento da sensibilidade a nível do corno dorsal da medula e alodinia que se dá pela ligação que entre os mecanorreceptores e as vias da dor. Estas alterações da excitabilidade podem fazer com que estímulos inócuos (como o banho, a mudança da fralda ou apenas pegar ao colo) sejam percebidos pelo RN como estímulos desagradáveis ou dolorosos. Evidências recentes sugerem também que a dor, quando é intensa, prolongada ou não tratada, poderá dificultar a resolução e recuperação de doenças subjacentes (MEDEIROS; MADEIRA, 2006).

Em suma, a exposição repetida à dor durante o período neonatal provoca alterações permanentes no processamento em relação a dor, visto que, ao contrário do que se pensava, o sistema nervoso do RN tem a capacidade de “memorizar” e “recordar” os eventos dolorosos vivenciados nesta fase da vida, levando, mais tarde, a uma sensibilidade alterada à dor. É por isso que a dor nos períodos precoces da vida deve ser tratada adequadamente para prevenir esta cascata de consequências (OLIVEIRA et al., 2010).

5.3 Instrumentos para mensuração da dor

Diante das especificidades do processo doloroso, as escalas são instrumentos de mensuração que auxiliam o profissional de saúde na avaliação sistemática da dor. Elas podem ser divididas em dois grupos, as multidimensionais e as unidimensionais, sendo estas últimas consideradas pouco abrangentes, pois só avaliam a intensidade da dor e não a sua percepção durante a aplicação do instrumento (KARCIOGLU et al., 2018).

Destaca-se na prática clínica atual, a necessidade de medição da dor antes, durante e após a realização de procedimentos invasivos (FIELD, 2017). Além de recomendações para que ocorra a medição da dor de forma contínua e na rotina da assistência em saúde, como mais um elemento a ser criteriosamente avaliado, tão necessário quanto a mensuração dos sinais vitais (HEINEN, 2016).

Como já citado, a incapacidade de comunicação verbal da dor, não exclui a sua existência no indivíduo tampouco a necessidade de avaliação e tratamento adequados. Por ser subjetiva, cada indivíduo expressa através de experiências singulares às lesões, desde o início da vida (VIEIRA et al., 2022; VIEIRA et al., 2020).

Outras estratégias têm sido adotadas para essa mensuração, como a utilização de *softwares* para monitorar os movimentos faciais neonatais da dor em tempo real (HEIDERICH; LESLIE; GUINSBURG, 2014) e a leitura de biomarcadores através de exames de sangue ou da análise de saliva (JASIM et al., 2018), que juntamente com a observação de parâmetros fisiológicos (pressão arterial - PA, FC, FR, SPO2, sudorese palmar, tônus vagal) tornam a avaliação da dor mais completa pelo profissional (AZEVEDO-SANTOS et al., 2017).

Embora existam instrumentos para mensuração da dor validados e implantados nas unidades assistenciais, diversas barreiras são encontradas para que este processo seja realizado de modo eficaz, como ressalta o estudo que avaliou a utilização de escalas pela equipe de enfermagem com instrumento para manejo da dor em uma UTIN (CARVALHO et al., 2019), sendo, portanto, essencial a capacitação profissional para identificar e mensurar a dor de forma precoce e adequada.

5.4 Técnica de mensuração da dor no RN

Os RNs a termo (nascidos com idade gestacional entre 37 semanas e 41 semanas e 6 dias) e pré-termo (nascidos com menos de 37 semanas de idade gestacional) sentem mais dor que crianças e adultos, pois têm as vias inibitórias pouco desenvolvidas (FIOCRUZ, 2015). Devido a essa característica fisiológica, o uso de instrumentos confiáveis de avaliação da dor neonatal é fortemente recomendado pela AAP e por pesquisadores internacionais, incluindo o Grupo Internacional Baseado em Evidências para a Dor Neonatal (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016).

As escalas podem ser utilizadas para essa avaliação, pois possibilitam uma maior percepção e identificação da dor pelos profissionais, de forma individualizada, proporcionam a adoção de analgesia oportuna e adequada (FIOCRUZ, 2015), através da avaliação de indicadores comportamentais e fisiológicos do neonato.

Ademais, as escalas mais conhecidas e mais usadas nas UTINs incluem:

- Escala de Avaliação da Dor em Recém-nascidos e Lactentes (NIPS);
- Escala de Dor e Desconforto do Recém-Nascido (EDIN);
- Escala Indicadores Comportamentais da Dor no Lactente (BIIP);
- Escala COMFORT;
- Software para avaliação da dor neonatal em tempo real;

As escalas de avaliação referidas estão apresentadas de forma resumida no quadro 1, a seguir:

Quadro 1. Escalas de avaliação da dor

Abreviação	Nome da escala	Indicadores fisiológicos	Indicadores comportamentais	Tipo de dor	Idade	Referências
NIPS	Escala de Avaliação da Dor em Recém-nascidos e Lactente	Respiração	Expressão facial; Choro; Movimentos dos braços e pernas; Estado de alerta	Aguda e pós operatória (PO)	RN 32-40 semanas	GUINSBURG, CUENCA A., 2010
EDIN	Escala de Dor e Desconforto do Recém-Nascido	-	Atividade facial; movimento corporal; qualidade do sono; Interação; consolabilidade (facilidade de conforto).	Prolongada	RN pré termo	BORRI, 2018.

BIIP	Indicadores Comportamentais da Dor no Lactente	FC e SPO2	Movimentos faciais de dor, estado de alerta e movimentação das mãos	Aguada e PO	Prematuros	BORRI, 2018.
COMFORT	Escala Comfort-Neo	Respiração, PA e FC	Nível de consciência; Calma/ Agitação; Resposta respiratória; Movimento físico; Tônus muscular.	PO e Prolongada	RN 24 - 42 Semanas	AMORETTI et al., 2008
Software	Software de análise da dor em recém-nascidos	-	Monitoração dos movimentos faciais neonatais associados à dor em tempo real	Aguda	RN termo (sem necessidade de qualquer suporte ventilatório ou sonda gástrica e sem malformações congênitas)	HEIDERICH; LESLIE; GUINSBURG, 2014.

5.5 Abordagem da dor no RN (farmacológica e não farmacológica)

No que tange a dor e ao estresse no RN, incluem-se como ações de protocolo: avaliação rotineira da dor, redução do número de procedimentos dolorosos, uso efetivo de medidas não farmacológicas e farmacológicas para a prevenção da dor (CHRISTOFFEL et al., 2017).

A utilização de protocolos busca aprimorar a assistência prestada e favorecer o uso de práticas baseadas em evidências para minimizar a variabilidade de informações e condutas (PIMENTA et al., 2015).

Frente a necessidade prática, a criação de protocolos, ferramentas que contém detalhes sobre como se deve assistir o paciente que passa por determinada situação, vem a contribuir no processo de gerenciamento da dor (PIMENTA et al., 2015). A sua utilização, diante da dor e do estresse no RN, inclui ações como a avaliação rotineira da dor, a redução do número de procedimentos dolorosos, e o uso efetivo de medidas não farmacológicas e farmacológicas para a prevenção da dor (CHRISTOFFEL et al., 2017; VIEIRA et al., 2020).

Nesse sentido, as abordagens cuja finalidade são minimizar e/ou gerenciar a dor no RN são divididas em dois grupos:

5.5.1 Intervenções não farmacológicas

As medidas de conforto identificadas, contato pele a pele; colo; posição canguru; manuseio mínimo; e diminuição de estímulos ambientais, promovem uma experiência de contenção do RN e favorecem o desenvolvimento do apego contribuindo para o aleitamento materno. Além disso, a combinação do contato materno com outro método não farmacológico tem efeito sinérgico, potencializando a analgesia e contribuindo para recuperação do RN após os procedimentos (MARCUS, 2006).

Esse contato pode ser oportunizado pela posição canguru, que além de propiciar a diminuição da sensação dolorosa, auxilia para o fortalecimento do vínculo entre pais e filho (SALES et al., 2018), que pode ser prejudicado devido a hospitalização. Aspecto que precisa de uma atenção singular da enfermagem para reconhecer a necessidade da promoção de vínculos e participação dos pais durante o cuidado.

A equipe de enfermagem precisa também atentar-se ao manuseio excessivo do RN, que pode acarretar o aumento da frequência cardíaca e na diminuição da saturação de oxigênio (GIORDANI; BERTE; LOUREIRO, 2017), e precisa ser minimizado para menores danos ao RN (ALVES, 2016). Para tanto, o profissional deve aquecer as mãos, evitar movimentos bruscos e materiais gelados em contato com a pele do RN (GIORDANI; BERTE; LOUREIRO, 2017). Esta prática de manuseio, apesar de ser desafiadora para a equipe de enfermagem, está associada a melhora da qualidade de vida desses pacientes (GIRÃO et al., 2018).

Outro fator que interfere no desenvolvimento do RN e pode causar dor são os frequentes ruídos sonoros na UTIN. Eles prejudicam o ganho de peso ao aumentar o consumo de oxigênio devido à elevação da frequência cardíaca do RN. Desse modo, a adoção de cuidados simples como um falar mais baixo, responder rapidamente aos alarmes dos dispositivos, não bater a porta da incubadora e a “Hora do psiu” (SANTOS et al., 2015) são medidas essenciais para a estabilidade fisiológica do RN.

A “Hora do Psiu” é um horário no qual se proporciona maior tranquilidade no ambiente, em que a diminuição nos movimentos e dos ruídos, obtendo menos choro, mais sono, diminuição do alerta e períodos mais longos de sono sem interrupção. Contribuindo para organizar o padrão do sono e tem grande importância para o desenvolvimento neurológico do RN, colaborando para o bem-estar físico e emocional (BRASIL, 2017).

Ademais, o uso excessivo de fitas adesivas e sua remoção de forma inadequada podem resultar em lesões na pele do RN, que se encontra imatura e delgada (ALVES, 2016). Portanto, como demonstrado na proposta de protocolo, o uso de tesouras para cortar as fitas de tamanhos

proporcionais à necessidade do RN e a remoção com o mínimo de trauma são indicados para diminuir o desconforto durante a retirada.

Recomenda-se, o uso de fita microporosa como fita adesiva, associada a uma fina camada de hidrocolóide ou filme transparente previamente aplicado na pele do RN para reduzir ou evitar possível lesão, exigindo do enfermeiro destreza na manipulação da pele do RN (CHAVES; SANTOS; ATAÍDE; CUNHA, 2019).

Durante o banho também há necessidade de cuidados com a pele do RN e demanda julgamento crítico dos profissionais para a sua realização. A rotina em dias alternados, como sugerido no protocolo, visa minimizar o manuseio e exposição excessiva. Além disso, a troca de fralda também é importante para o cuidado da pele e manipulação adequada do RN.

No protocolo, propõe-se a lateralização e elevação do RN pelas nádegas para prevenir lesões motoras e articulares. Essa manipulação precisa estar articulada com a higienização apropriada das nádegas do RN, utilizando materiais que proporcionam limpeza e manutenção da integridade da pele, que quando prejudicada pode favorecer o aparecimento de infecções e resultar em tempo maior de internação.

No contexto discutido, a avaliação adequada da dor é uma conduta fundamental na assistência prestada ao RN. Por isso, recomenda-se a utilização de escalas de avaliação da dor no protocolo, já que é a partir da sua identificação que poderão ser adotadas medidas adequadas para atenuá-las. As escalas sugeridas pelo protocolo são aquelas que englobam parâmetros subjetivos, como choro, e objetivos, como alteração da frequência cardíaca, sendo importante considerar as condições ambientais relacionadas à assistência neonatal (BALDA; GUINSBURG, 2018; GOMES et al., 2019).

Ainda não existe um padrão-ouro na avaliação, fazendo-se necessário o uso associado de escalas. Com os escores obtidos nas escalas, determinadas medidas podem ser utilizadas, como soluções adocicadas e sucção não nutritiva, as quais apresentam baixo custo e são de fácil execução. O método de sucção não-nutritiva estimula a liberação de neurotransmissores que modulam a dor e o estresse, interferindo no incômodo do procedimento (CARNEIRO et al., 2016). Por isso, o protocolo propõe que esse método seja realizado associado a administração de soluções adocicadas, já que essas soluções propiciam a liberação de opióides endógenos, e culminam em um efeito sinérgico

5.5.2 Intervenções farmacológicas

Apesar da necessidade e utilidade do uso de fármacos analgésicos, não podemos deixar de considerar a imaturidade fisiológica e metabólica dos recém-nascidos, sua utilização sempre

deve ser ponderada. Devido a esta imaturidade, as doses farmacológicas capazes de diminuir a dor podem estar muito próximas das doses tóxicas. Além disso, temos de respeitar os seus potenciais efeitos secundários, dos quais se destacam como mais graves a depressão respiratória, apneia (insuficiência respiratória), a obstrução parcial da via aérea e a hipersalivação.

Assim, o conceito de "analgesia balanceada" deve ser apreciado, ou seja, a avaliação do risco versus benefício. Atualmente temos disponível uma grande variedade de analgésicos e sedativos, dentre algumas das terapêuticas farmacológicas estão (BRASIL, 2011; SILVA et al., 2007):

- a) Analgésicos Opióides: morfina, fentanil, sufentanil e alfentanil.
- b) Analgésicos Não-Opióides: paracetamol, acetaminofeno e anti-inflamatórios não esteróides (AINEs).
- c) Analgésicos Locais: lidocaína e EMLA® (mistura eutética de lidocaína e prilocaína).
- d) Analgésicos Gerais: ketamina.
- e) Sedativos: barbitúricos, hidrato de cloral e benzodiazepinas.

O uso de analgésicos precisa ser considerado nos RN portadores de doenças potencialmente dolorosas e/ou submetidos a procedimentos invasivos, cirúrgicos ou não. Visto que alguns deles não foram ainda estudados nos recém-nascidos e estudos mais recentes mostram controvérsias a respeito dos possíveis benefícios da analgesia com opioides, uma vez que apresentaram desfechos desfavoráveis.

Assim, não existem indicações absolutas para o uso de analgesia no período neonatal, em virtude do desconhecimento da segurança em longo prazo dos fármacos empregados.

Com isso, as principais situações nas quais a analgesia no período neonatal deve ser indicada, pelo Ministério da Saúde, são:

- Procedimentos dolorosos agudos, tais quais: drenagem torácica, intubação traqueal eletiva, inserção de cateteres centrais e de cateteres de diálise, punção liquórica, múltiplas punções arteriais e/ou venosas e/ou capilares.
- Procedimentos cirúrgicos de qualquer porte.
- Enterocolite necrosante, na fase aguda da doença.
- Tocotraumatismos, como fraturas ou lacerações extensas.
- RN intubados e em ventilação mecânica.

5.6 Importância da construção de protocolos em saúde

Na Constituição Federal de 1988, as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) enfatizam o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das atividades assistenciais. Elas orientam a organização dos serviços de saúde e o aporte da ciência e da tecnologia, com o emprego, muitas vezes, de protocolos assistenciais (BRASIL, 1988; WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Os protocolos são a descrição de uma situação específica de assistência, que contém detalhes operacionais, orientações específicas sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo e orientando os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde (DE SENA LIMA *et al.*, 2021).

Nesse ínterim, o uso dessa ferramenta tende a aprimorar a assistência da equipe de saúde, pois favorece as práticas de modo científico, além de minimizar a multiplicidade das informações e condutas entre os diversos profissionais da equipe multidisciplinar de saúde. Sendo assim, há a necessidade de estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais através de instrumentos construídos dentro dos princípios da prática baseada nas evidências que oferecerem as melhores condutas de cuidado (PIMENTA *et al.*, 2015). Ou seja, servem para nortear fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

Ademais, é importante ressaltar que as diretrizes, por si só, não geram ações, são instrumentos direcionadores e dependem, em primeiro lugar, de quem as adota e como são interpretadas. Neste sentido, a qualidade obtida nos serviços vai depender da direcionalidade do cuidado de cada profissional e dos gestores locais (DE SENA LIMA *et al.*, 2021).

Contudo, sabe-se que a adoção consciente de mecanismos de regulação e de uso de tecnologias educacionais com comprovadas evidências científicas é indispensável para lidar com a integralidade do cuidado.

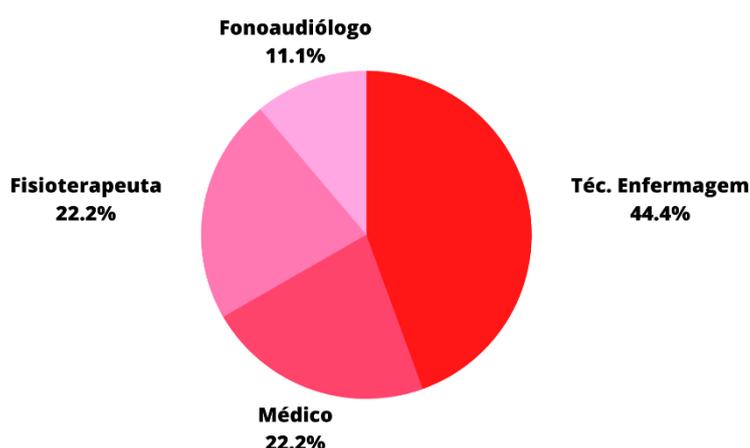
A construção e aplicabilidade de um protocolo pelas equipes de saúde conjectura a participação ativa dos profissionais que atuam diretamente na assistência ao sujeito, resultando em um protocolo mais condizente com as particularidades do serviço, apoio, estímulo frente às mudanças e melhorias no trabalho cotidiano das equipes de saúde, qualificando a assistência prestada ao público-alvo (PIMENTA *et al.*, 2015; FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

6. RESULTADOS

6.1 Caracterização dos especialistas

Do total de 12 especialistas convidados para participar da pesquisa, apenas 9 concluíram todas as etapas da avaliação e do questionário. Os participantes foram todos do sexo feminino, com média de idade de 44,4 anos. Quanto à formação acadêmica, a maioria, 4 do total de 9 especialistas (44,4%) eram técnicas de enfermagem, conforme é visto no gráfico a seguir (**figura 2**).

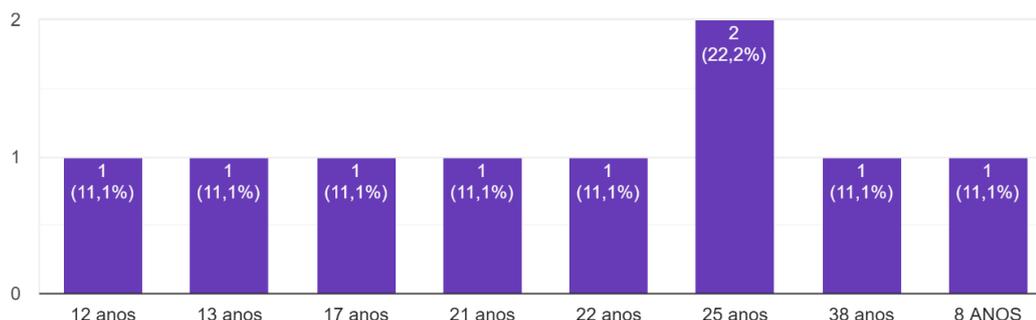
Figura 2. Formação dos especialistas participantes do estudo



Fonte: Dados da pesquisa

Com relação ao tempo de formação variou entre 8 e 38 anos, conforme é visto na figura (**figura 3**). Dentre os campos de atuação descritos por elas, têm-se: obstetrícia e dermatologia. No que tange ao tempo de serviço em unidade neonatal, as participantes alegaram experiência de no mínimo 7 anos a 20 anos no máximo, tendo apenas um participante afirmado a inexistência de um tempo de experiência nesse setor. Contudo, ela atendia ao critério de inclusão, ter expertise na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, ou seja, ter algum tipo de pós-graduação e/ou ter tempo de experiência. Do total de 9 participantes, apenas 5 possuíam especialização em neonatologia e as demais eram técnicas com tempo de experiência, de acordo com os critérios de elegibilidade estabelecidos na metodologia.

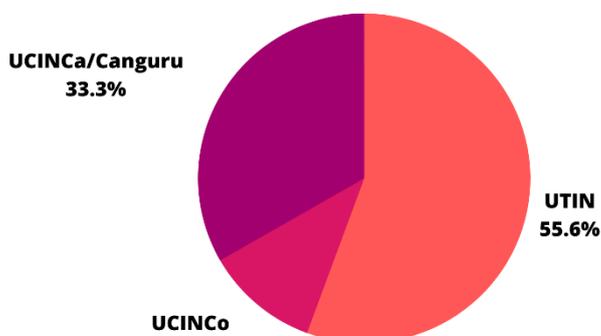
Figura 3. Tempo de formação em anos dos participantes do estudo



Fonte: Dados da pesquisa

Quanto ao campo de atuação atual desses profissionais, foi identificado que a maioria atua em UCINCo/UTIN, como é visto na **figura 4**. Dois participantes também alegaram atuar na unidade canguru.

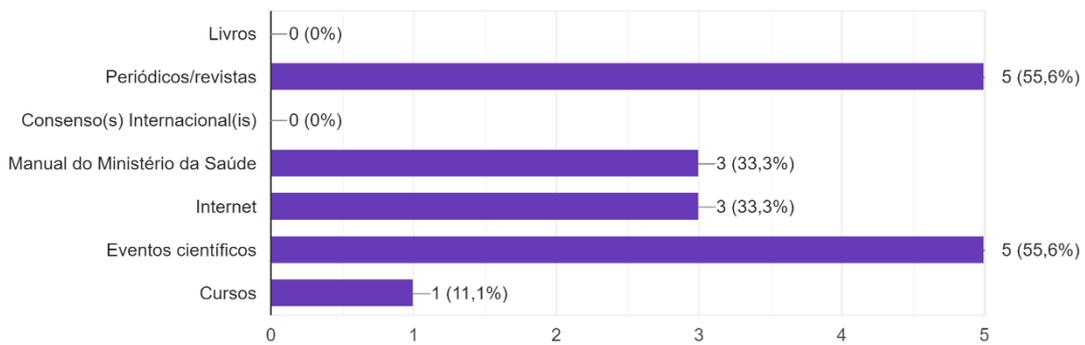
Figura 4 Local de atuação dos participantes do estudo



Fonte: Dados da pesquisa

Com relação a capacitações voltadas à avaliação de dor neonatal, 5 participantes (55,6%) alegaram ter participado, enquanto 4 (44,4%) participantes alegaram nunca ter participado. Dos que tiveram a oportunidade de participar, os anos da capacitação citados foram: 2015, 2018, 2019 e 2021. Os participantes também foram questionados se receberam alguma informação sobre como avaliar ou tratar a dor neonatal durante sua formação profissional e 6 (66,7%) deles alegaram que sim. Essas orientações foram, em maioria, em especialização. Já com relação às fontes de busca de informações sobre o tema, o gráfico a seguir (**figura 5**) mostra que as mais utilizadas foram periódicos/revistas e eventos científicos.

Figura 5. Fontes de buscas de informações sobre avaliação de dor neonatal



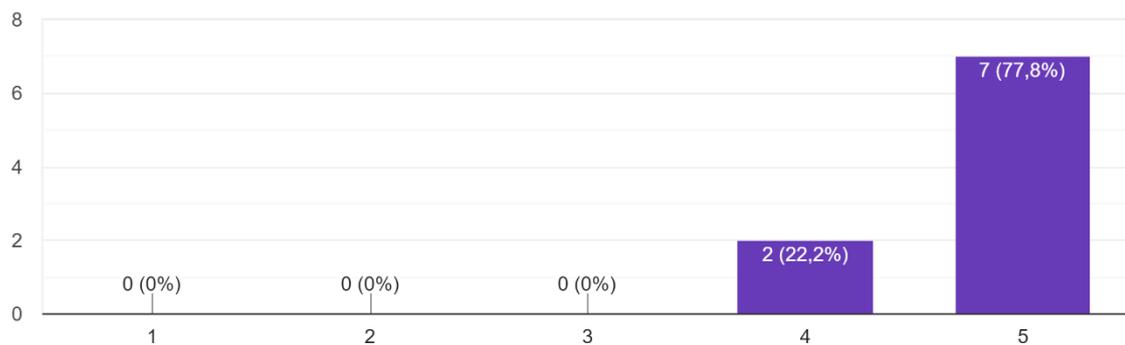
Fonte: Dados da pesquisa

6.2 Validação de Conteúdo

6.2.1 Avaliação quanto às medidas de conforto

A primeira avaliação realizada pelos especialistas foi sobre as estratégias de gerenciamento da dor em medidas de conforto. Eles deveriam fazer a avaliação dos seguintes itens: abrangência, clareza e coerência, criticidade dos itens, objetividade, redação científica, relevância, aplicabilidade, sequência, unicidade e atualização. Para fazer a avaliação era necessário dar uma nota de 1 a 5. Com relação à abrangência e à clareza e coerência dos itens, 7 especialistas votaram na pontuação 5 enquanto 2 votaram na pontuação 4, conforme é visto no gráfico a seguir (**figura 6**).

Figura 6. Avaliação quanto à abrangência, clareza e coerência da apresentação do protocolo

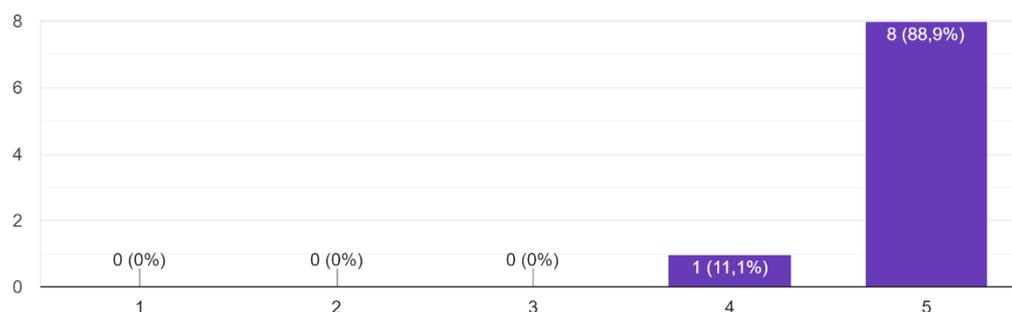


Fonte: Dados da pesquisa

Posteriormente, foram questionados quanto a criticidade, unicidade, sequência, relevância, redação científica e objetividade dos itens presentes no protocolo, 8 especialistas

votaram na pontuação 5 enquanto 1 votou na pontuação 4, conforme é visto no gráfico a seguir (**figura 7**).

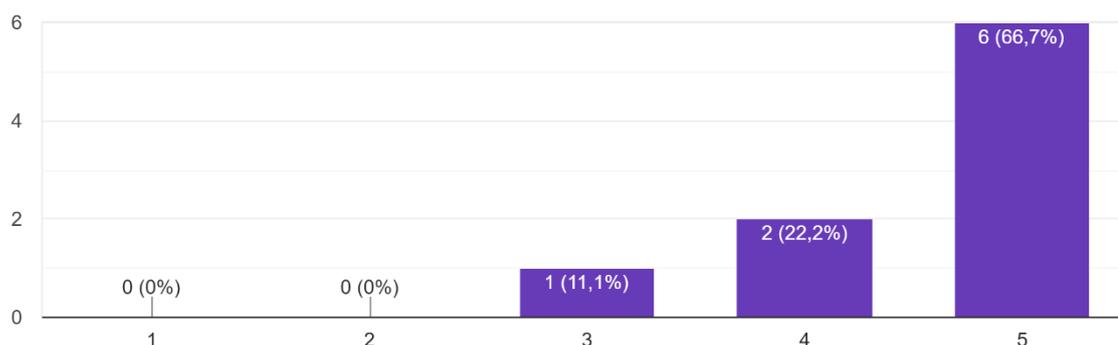
Figura 7. Avaliação quanto criticidade unicidade, sequência relevância, redação científica e objetividade dos itens da apresentação do protocolo



Fonte: Dados da pesquisa

Já com relação a aplicabilidade do protocolo, mediante a sua apresentação, 6 avaliadores votaram na pontuação 5, 2 avaliadores votaram na pontuação 4 e apenas 1 avaliador votou na opção 3, conforme é visto no gráfico a seguir (**figura 8**).

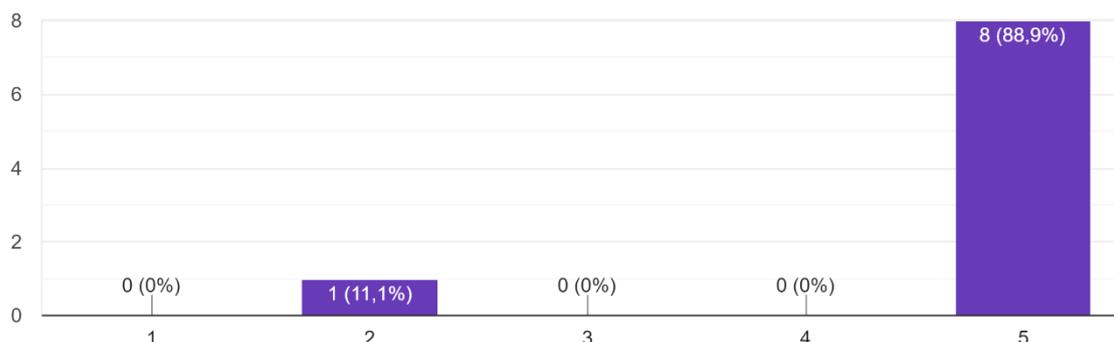
Figura 8. Avaliação quanto aplicabilidade da apresentação do protocolo



Fonte: Dados da pesquisa

A respeito da atualização, 8 especialistas votaram na pontuação 5 enquanto 1 especialista votou na pontuação 2, conforme é visto a seguir (**figura 9**).

Figura 9. Avaliação quanto atualização do protocolo



Fonte: Dados da pesquisa

A avaliação continha um espaço para que os especialistas pudessem fazer sugestões, comentários ou justificativas a respeito do protocolo no tópico de medidas de conforto. Os participantes foram identificados pela letra P seguido de um número (P1, P2,..., P9) e essas sugestões foram organizadas em forma de tabela, conforme é visto a seguir (quadro 2). O comentário do avaliador foi adicionado à tabela na íntegra, sem modificações.

Quadro 2. Sugestões, comentários ou justificativas a respeito do protocolo no tópico de medidas de conforto

Participante	Sugestões/Comentários/Justificativas
P1	*Contato pele a pele: que tal inverter a ordem dos tópicos da conduta? Primeiro falaria de uma maneira geral (nascimento, pai ou mãe...) e no outro tópico falaria da indicação ("a técnica deve iniciar..."). *Aleitamento materno: há realmente necessidade de descrever a técnica da ordenha? A conduta não seria apenas 1) Orientar quanto a ordenha do leite materno, seguindo as recomendações de prática de higiene pessoal da SCIH etc 2) Caso o RN já consiga realizar o aleitamento ao seio materno, o profissional deverá etc? A descrição do procedimento de ordenha não é sua conduta, mas sim a própria realização da ordenha. *Protocolo objetivo, bem escrito e bem fundamentado, de fácil entendimento e aplicação. Parabéns!
P2	Poderia pesquisar outras situações mais atualizadas tb, pois essas já são estabelecidas nas unidades.
P3	Excelente proposta! Parabéns!
P4	Muito importante é de grande relevância o trabalho para nossos RN's. Quando bem aplicado notamos o grande aproveitamento no desenvolvimento do Rn, diminuição do tempo de internamento para o

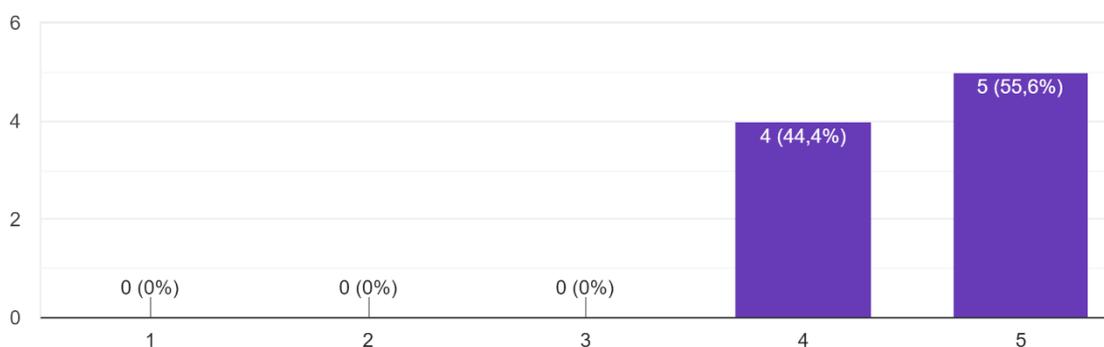
	mesmo, vínculo afetivo maior dos pais e m, ganho absurdo para o serviço, aumentando nossa rotatividade para com os leitos de nossas utis.
P5	Sempre será necessário avaliar as particularidades dos RN
P6	Os procedimentos na posição canguru podem trazer menor segurança a quem os realiza, como dor na coluna e menor espaço no campo de intervenção.
P7	Coerente e objetivo, potencial de aplicabilidade.
P8	Abordagem muito válida para atentarmos sobre a importância do tema.
p9	Medidas adequadas para redução da dor e humanização do serviço de saúde.

Fonte: Dados da pesquisa

6.2.2 Avaliação quanto às medidas de cuidado com a pele

Nessa segunda etapa, os especialistas deveriam fazer a avaliação das medidas sugeridas no cuidado com a pele, também pontuando os itens: abrangência, clareza e coerência, criticidade dos itens, objetividade, redação científica, relevância, aplicabilidade, sequência, unicidade e atualização em notas de 1 a 5. Com relação à abrangência, 5 especialistas votaram na pontuação 5 enquanto 4 votaram na pontuação 4, conforme é visto no gráfico a seguir (figura 10):

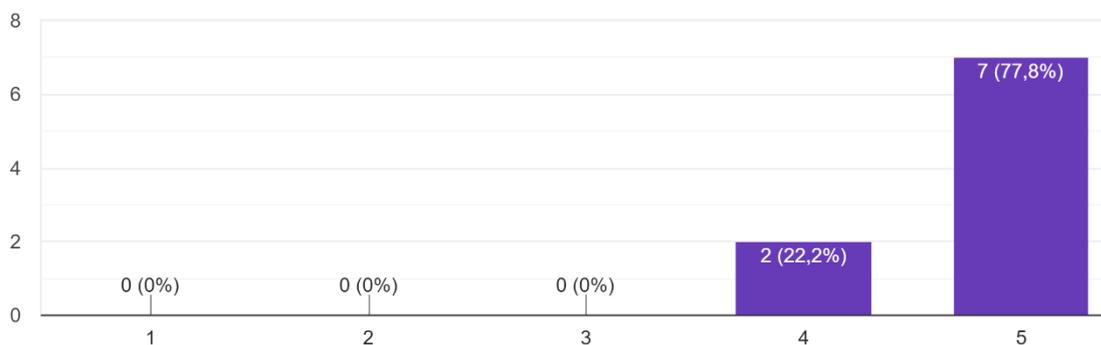
Figura 10. Avaliação quanto abrangência do protocolo



Fonte: Dados da pesquisa

Já a despeito dos tópicos de unicidade, atualização, redação científica e clareza e coerência, 7 especialistas votaram na pontuação 5 enquanto 2 especialistas votaram na pontuação 4, conforme é visto a seguir (**figura 11**):

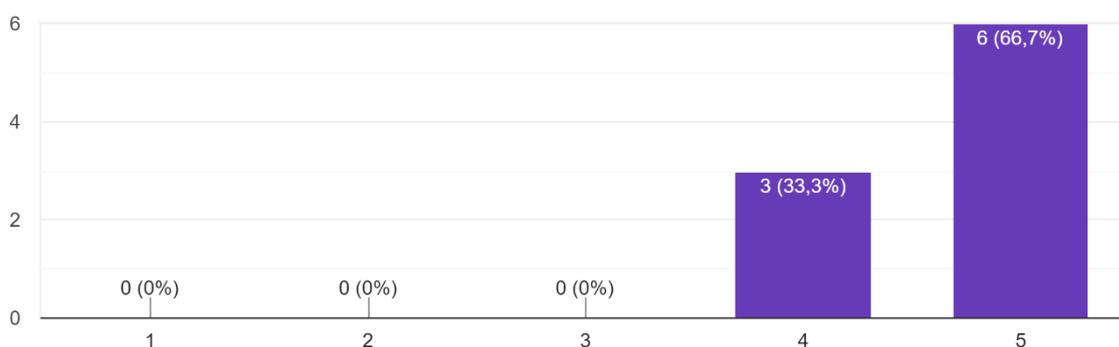
Figura 11. Avaliação quanto unicidade, atualização, redação científica e clareza e coerência



Fonte: Dados da pesquisa

Sobre a criticidade dos itens, objetividade e aplicabilidade, 6 especialistas votaram na pontuação 5 enquanto 3 especialistas votaram na pontuação 4, conforme é visto a seguir (**figura 12**):

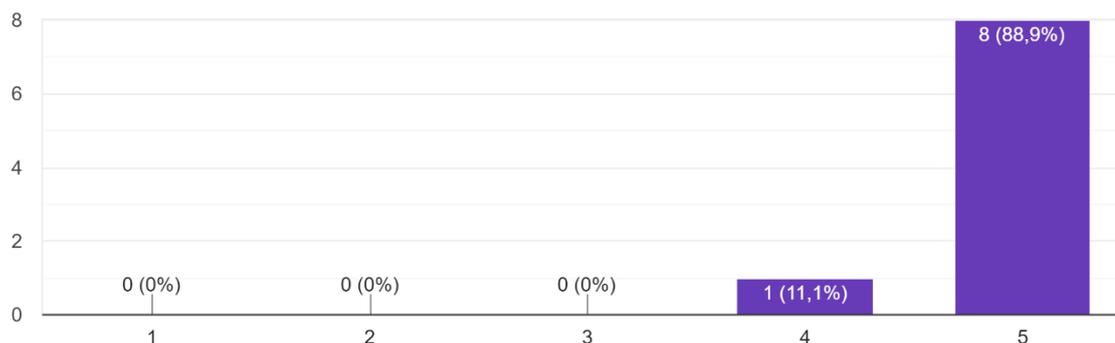
Figura 12. Avaliação quanto criticidade dos itens, objetividade e aplicabilidade



Fonte: Dados da pesquisa

Já sobre a relevância dos itens presentes no protocolo, 8 especialistas votaram na pontuação 5 enquanto 1 especialista votou na opção 4 (figura 13).

Figura 13. Avaliação quanto à relevância do protocolo.



Fonte: Dados da pesquisa

O tópico de avaliação das medidas de conforto também trouxe um espaço para sugestões, comentários ou justificativas a respeito do protocolo. Assim como no item 6.2.1, foi organizada uma tabela contendo o comentário do avaliador na íntegra, sem modificações, como é visto no quadro 3, a seguir. Apenas 1 avaliador absteve-se.

Quadro 3. Sugestões, comentários ou justificativas a respeito do protocolo no tópico de medidas de cuidado com a pele.

Participante	Sugestões/Comentários/Justificativas
P1	Medidas adequadas para o cuidado do RN
P2	Abordagem muito válida para atentarmos sobre a importância da temática.
P3	Em relação ao item banho, considero necessário especificar mais, considerando peso e idade gestacional, se higiene ou banho de imersão, com enrolamento. Vê o que o método canguru preconiza. Para o peso também, citar o enrolamento. Como se dará a avaliação contínua da troca de fralda?, uma vez que o registro das eliminações serve para o balanço hídrico e vejo em algumas unidades, essa troca realizada em períodos estipulados.
P4	O peso a cada 24 horas é mais necessário na visualização da função renal e estado de hidratação
P5	As instituições também precisam unificar
P6	Técnicas primordiais para os cuidados com os RNs, técnica para troca de fraldas perfeita, banho e pesagem do Rn com <27 semanas perfeito.

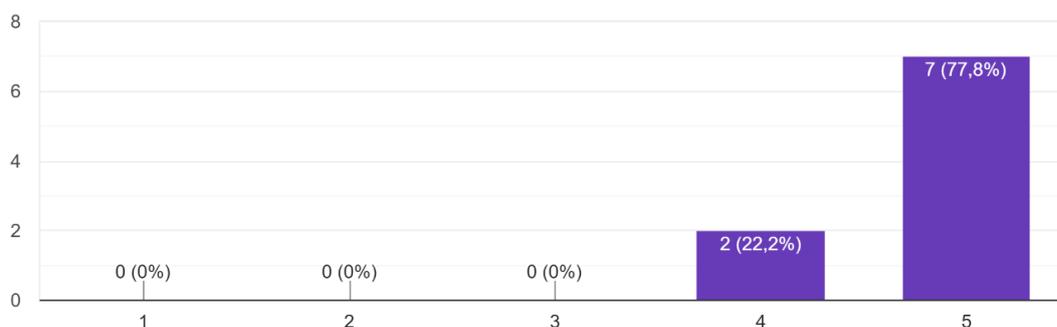
P7	São rotinas estabelecidas já. Há algo novo?
P8	Novamente me questiono se cabe nas condutas a descrição técnica dos procedimentos: "checar se a balança está calibrada", "higienizar a balança"...
P9	Absteve-se.

Fonte: Dados da pesquisa

6.2.3 Avaliação quanto às medidas para o gerenciamento da dor

Nessa terceira e última etapa, os especialistas deveriam fazer a avaliação das medidas sugeridas no gerenciamento da dor, também pontuando os itens: abrangência, clareza e coerência, criticidade dos itens, objetividade, redação científica, relevância, aplicabilidade, sequência, unicidade e atualização em notas de 1 a 5. Com relação à abrangência e a atualização dos itens, 7 especialistas votaram na pontuação 5 enquanto 2 votaram na pontuação 4, conforme é visto no gráfico a seguir (**figura 14**).

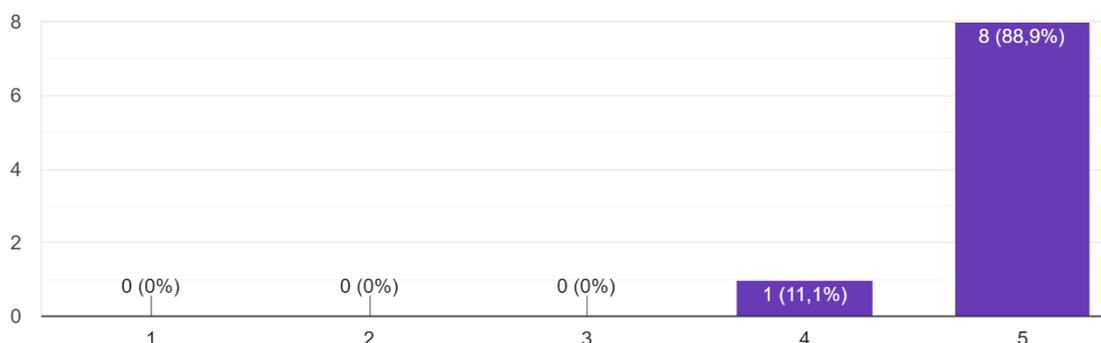
Figura 14. Avaliação quanto à abrangência e atualização do protocolo.



Fonte: Dados da pesquisa

Por fim, com relação aos itens clareza e coerência, criticidade, objetividade, redação científica, relevância, aplicabilidade, sequência e unicidade, 8 especialistas votaram na pontuação 5 enquanto 1 votou na pontuação 4, conforme é visto no gráfico a seguir (**figura 15**).

Figura 15. Avaliação quanto à clareza e coerência, criticidade, objetividade, redação científica, relevância, aplicabilidade, sequência e unicidade do protocolo.



Fonte: Dados da pesquisa

O tópico de avaliação das medidas de gerenciamento da dor também trouxe um espaço para sugestões, comentários ou justificativas a respeito do protocolo. Assim como nos itens 6.2.1 e 6.2.2, foi organizada uma tabela contendo 0 comentário do avaliador na íntegra, sem modificações, como é visto no quadro 4, a seguir. Apenas 1 avaliador absteu-se.

Quadro 4. Sugestões, comentários ou justificativas a respeito do protocolo no tópico de medidas para o gerenciamento da dor.

Participante	Sugestões/Comentários/Justificativas
P1	Muito bom!
P2	Deve-se citar no primeiro item quais instrumentos usados para avaliar, tipo de escala, protocolo, sugerir, ficou vago. E também sobre o soro glicosado, li que não recomendam em algumas unidades pelos riscos benefícios. Vc achou algo atual?
P3	Absteve-se
P4	Estimula a sucção além de diminuir a dor, poderá incentivar a amamentação também.

P5	Nunca será fácil mensurar a dor.
P6	A oferta de leite materno deveria ficar explicitada junto a soluções adocicadas, pois além de ser indicado como antiálgico, torna a mãe participativa nas intervenções.
P7	Por ser protocolo, acredito que seja importante especificar qual escala será usada, para uniformizar a avaliação.
P8	Abordagem muito válida para atentarmos sobre a importância da temática.
P9	Não estou certa se concordo com pressionar o palato com a polpa do dedo.

Fonte: Dados da pesquisa

6.3 Validação

Após a avaliação dos conteúdos pelos experts e das indicações e sugestões contidas nos comentários foram obtidos resultados através da fórmula do índice de validade de conteúdo (IVC) e a percentagem de concordância.

6.3.1 Índice de validade de conteúdo (IVC)

Proposto por Waltz, Strickland e Lenz (1991), trata-se de um método utilizado para a validação de protocolos assistenciais de enfermagem e de toda área de saúde no qual é calculado a porcentagem de juízes que concordaram a respeito de determinados itens do instrumento de acordo com os critérios de avaliação. Esse índice permite analisar os itens tanto de modo individual como posteriormente todo o instrumento.

Como parte desse método é utilizada a escala tipo Likert nas quais as respostas podem incluir: 1- Discordo totalmente, 2- Discordo parcialmente, 3- Não concordo e nem discordo, 4- Concordo parcialmente e 5- Concordo totalmente. Sendo os critérios usados para a avaliação foram: Abrangência; Clareza e coerência; Criticidade dos itens; Objetividade; Redação científica; Relevância; Aplicabilidade; Unicidade; Atualização.

O escore do índice é calculado por meio da soma do grau de concordância dos itens que foram escolhidos pelos especialistas. A fórmula para avaliar cada item individualmente, segue a lógica da figura a seguir (figura 16):

Figura 16. Fórmula do índice de validade de conteúdo

$$\text{IVC} = \frac{\text{número de respostas "4" ou "5"}}{\text{número total de respostas}}$$

Fonte: Alexandre; Coluci, 2011

No cálculo apenas os itens que foram marcados por “4- concordo parcialmente” e “5- concordo totalmente” e os demais devem ser revisados ou eliminados. Dessa forma, o IVC definido como a porcentagem de itens que recebe uma pontuação de 4 ou 5 pelos juízes. A fórmula para avaliar cada item individualmente fica assim: O IVC varia de 0 a 1,0, um IVC \geq 0,78 é aceitável (VIEIRA *et al.*, 2020). Em se tratando da análise de cada item elegível para compor o protocolo assistencial, no decorrer da pesquisa é possível a retirada e/ou modificações de alguns quesitos conforme as adaptações sugeridas pelos avaliadores, portanto, estabeleceu-se um critério de 50% das observações entre eles, além dos achados da revisão.

Os dados referentes às perguntas do questionário foram divididos em três grupos de acordo com os eixos a saber: Avaliação quanto às medidas de conforto, avaliação quanto às medidas de cuidado com a pele e avaliação quanto às medidas para o gerenciamento da dor. A seguir, nos quadros 5,6 e 7 serão apresentados os dados da validação.

Quadro 5. Demonstração de pontuação em relação aos itens avaliados e a quantidade de avaliadores do eixo 1: Avaliação quanto às medidas de conforto.

Avaliadores	Abrangência	Clareza e coerência	Criticidade dos itens	Objetividade	Redação científica	Relevância	Aplicabilidade	Sequência	Unicidade	Atualização
P1	5	4	5	4	4	5	5	5	5	5
P2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2
P3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P4	4	5	5	5	5	5	3	4	5	5
P5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P6	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5
P7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P9	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
IVC	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,88	1,0	1,0	0,88

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Quadro 6. Demonstração de pontuação em relação aos itens avaliados e a quantidade de avaliadores do eixo 2: Avaliação quanto às medidas de cuidado com a pele.

Avaliadores	Abrangência	Clareza e coerência	Criticidade dos itens	Objetividade	Redação científica	Relevância	Aplicabilidade	Sequência	Unicidade	Atualização
P1	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5
P2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2
P3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P4	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5
P5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P6	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5
P7	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4
P8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P9	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
IVC	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Quadro 7. Demonstração de pontuação em relação aos itens avaliados e a quantidade de avaliadores do eixo 3: Avaliação quanto às medidas para o gerenciamento da dor.

Avaliadores	Abrangência	Clareza e coerência	Criticidade dos itens	Objetividade	Redação científica	Relevância	Aplicabilidade	Sequência	Unicidade	Atualização
P1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4
P7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P9	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
IVC	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

6.3.2 Porcentagem de concordância

A porcentagem de concordância entre os juízes em todos os itens avaliados for maior que 88% entre os participantes, sendo a fórmula empregado para calcular representado no esquema a seguir (figura 17):

Figura 17. Cálculo de porcentagem de concordância entre os juízes

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{número de participantes que concordaram}}{\text{número total de participantes} \times 100}$$

Fonte: Alexandre; Coluci, 2011

7. DISCUSSÃO

7.1 A equipe multiprofissional e os participantes do estudo

A abordagem complexa das demandas de saúde, atendendo ao princípio da integralidade, exige das equipes multiprofissionais e instituições o desenvolvimento de metodologias que contemplem trocas criativas entre diferentes especialidades e áreas do saber, horizontalidade dos poderes, co-responsabilidades e auto-organização. Nesse processo é inevitável o enfrentamento de obstáculos sociais, pedagógicos, ideológicos, políticos, psicológicos, metodológicos e técnicos, e a transformação da lógica de poder que promove e mantém as dificuldades para uma práxis coletiva, assim como a cisão entre os saberes e entre o saber e o fazer (GOMES DE PINHO, 2006).

Para o autor Peduzzi (2001), uma equipe consiste em uma ação integrada, regida por normas consensuais, baseada na intersubjetividade da compreensão e do reconhecimento mútuo, isenta de coerção. A equipe possui um desempenho coletivo, com associação gerencial de habilidade e talentos individuais em uma habilidade coletiva, produzindo atividades e atuações de maneira mais eficiente e efetiva, na qual o resultado é maior do que a soma das partes individuais.

Nesse cenário, a equipe multidisciplinar deve aliar seus conhecimentos, técnicas e experiências à sensibilidade e ao relacionamento interpessoal terapêutico, com o objetivo de atuar tendo em vista que, as famílias estão ansiosas e inseguras diante de tamanha fragilidade, transcendendo o atendimento clínico, tratando-se de um processo também humano que exige capacitação continuada. A ação investigativa em campo possibilita que os profissionais adquiram, produzam e aprofundem conhecimentos, atualizem e avaliem suas práticas, frente à evolução de cada paciente, verificando as respostas das diferentes terapias, priorizando a qualidade de vida dos RNs (CHRISTOFFELI et al., 2017; PEDUZZI, 2001).

A verdadeira terapêutica é aquela que zela pela criança como um todo e não simplesmente foca no seu sintoma, no seu quadro clínico. Neste sentido, pode-se dizer que a participação de uma equipe multiprofissional com suas especificidades e particularidades no cuidado com o RN e sua família são imprescindíveis (DE MIRANDA VARGAS et al., 2022).

Contudo, é notável a existência de dificuldades na associação do conhecimento teórico no tratamento da dor aguda e sua aplicabilidade. Diante disso, é válido enfatizar a importância da capacitação profissional e a implantação de protocolos institucionais, a fim de estimular ações e programas adequados para avaliação e tratamento da dor, proporcionando boas práticas e minimizando possíveis complicações (GOMES DE PINHO, 2006; PEDUZZI, 2001).

Os profissionais de saúde que cuidam do RN têm responsabilidade ética de promover a segurança e garantir a avaliação e tratamento da dor. No entanto, ainda existe um déficit na aplicação da evidência científica em relação à avaliação e ao tratamento da dor em RNs na prática clínica, sendo essa lacuna um grande desafio no Brasil e no mundo (CHRISTOFFELI et al., 2017). De mesmo modo, os profissionais das UTIN possuem responsabilidades, além da qualificação técnica e clínica. Faz-se oportuno destacar a necessidade da pesquisa científica por meio de instrumentos de avaliação validados, visando o aprimoramento do conhecimento na percepção do manejo da dor do RN nos serviços de neonatologia intensiva (DE MIRANDA VARGAS et al., 2022).

Além disso, é importante observar que ação investigativa em campo possibilita que os profissionais adquiram, produzam e aprofundem conhecimentos, atualizem e avaliem suas práticas, frente à evolução de cada paciente, verificando as respostas das diferentes terapias, priorizando a qualidade de vida dos RNs (LEITE; VILA, 2005).

Neste cenário, a enfermagem em uma UTIN possui além das responsabilidades com o neonato, compromisso junto aos pais, incluindo-os no planejamento da assistência, bem como no enfrentamento de medos, angústias e dúvidas. Assim, o profissional não deve restringir-se à sua função clínica, mas utilizar de uma estratégia comunicativa, permitindo a expressão do sofrimento vivenciado pelos familiares (DA SILVA et al., 2020; JUNIOR; DE SOUZA PINTO, 2016).

Dessa maneira, para que seja possível a identificação de parâmetros sugestivos do processo doloroso no RN, é necessária uma verificação do ambiente do bebê, somada à avaliação do seu estado de saúde e implementação de protocolos de maior precisão e confiabilidade, competência esta do enfermeiro (SOARES; BERNARDINO; ZANI, 2019).

Quanto ao perfil dos colaboradores da pesquisa, verificou-se que todos foram do sexo feminino e a maioria possui algum grau de especialidade. A predominância de mulheres na pesquisa reitera uma característica, principalmente, da enfermagem. Essa questão de gênero persiste desde o início da profissão, pois o cuidado era exercido eminentemente por mulheres e isso é confirmado na maioria dos estudos, em especial entre os enfermeiros. Estudos sobre o perfil dos profissionais de saúde no Brasil concluem que a medicina da atualidade experimenta mudanças na prática profissional. Salientam-se o rejuvenescimento e a rápida e irreversível feminilização da área médica (KOLLING, 2008; HAUSER et al, 2013).

Em relação à titulação, a maioria era especialista, o que configura a necessidade das instituições de assistência hospitalar incentivarem seus profissionais da saúde quanto à inserção em programas de pós-graduação, garantindo dessa forma qualidade e aprimoramento

profissional. Ainda nesse aspecto, o tempo médio de formação dos profissionais foi de 17,33 anos, tornando necessário que estes profissionais estejam sempre em constante atualização, visto que manter-se atualizado pode respaldar uma tomada de decisão capacitada. Em meio à era da tecnologia, os profissionais de saúde estão constantemente sobrecarregados com novas informações e precisam saber como lidar com cada uma delas para realizar uma tomada de decisões mais assertiva e capacitada (MARCONDES et al., 2015).

É inevitável que, em diferentes áreas de atuação, muitos profissionais da saúde tenham uma maior aptidão para uma determinada especialidade, o que transforma as equipes em multidisciplinares e potencializa a maneira como os pacientes serão atendidos. Ainda assim, se todos os colaboradores permanecerem com o mesmo olhar sobre um determinado assunto e não buscarem conhecer mais a respeito de diferentes patologias ou tratamentos estabelecidos no mercado, é possível que não haja uma colaboração entre os envolvidos – o que pode ser muito prejudicial (SANTOS et al., 2020).

Quando se conta com um time diversificado e que possui inúmeras óticas distintas acerca de um determinado assunto, a possibilidade de intercâmbio cultural entre os especialistas é maior, fazendo com que a instituição receba inúmeros benefícios e com que os próprios profissionais aprendam com seus companheiros. É preciso ser detentor do conhecimento para que a sua atuação possua a maior eficácia possível (SILVA; CALDEIRA, 2011).

Ainda para o autor, é crucial, além da experiência a constante atualização e busca por capacitação desses profissionais, visto que, em todos os contextos, todos eles precisam atuar como educadores de saúde e dessa forma é fundamental que se abasteçam de conhecimentos baseados na literatura especializada e nas melhores práticas respaldadas por rigor científico.

Todo profissional de saúde deve aproveitar cada momento em que está com o paciente para atuar como educador, de forma a promover a saúde e prevenir os agravos e doenças. Para tal, deve estar capacitado. A capacitação requer educação continuada, obtida através de fontes confiáveis e alinhadas com as práticas reconhecidas e praticadas nos melhores centros especializados (SANTOS et al., 2020).

7.2 A validação do protocolo

Na área da saúde, evidencia-se um crescente número de questionários e escalas disponíveis que procuram verificar e avaliar fenômenos determinados em diferentes âmbitos da assistência e pesquisa, sendo fundamental que esses instrumentos possuam fidedignidade e

credibilidade. Muitos instrumentos são produzidos em um idioma e depois traduzidos para outros (MEGA et al., 2015).

A validação por peritos é etapa importante nestes processos de tradução e adaptação cultural e linguística das escalas e questionários. Para a avaliação da qualidade dos instrumentos, os atributos ou propriedades mais importantes são: abrangência, clareza e coerência, criticidade dos itens, objetividade, redação científica, relevância, aplicabilidade, sequência, unicidade e atualização. A determinação desses atributos é particularmente essencial na tradução e adaptação de um protocolo, pois permite verificar a qualidade metodológica do instrumento utilizado. Além disso, a prática e a experiência dos juízes são cruciais para que as adaptações estejam fidedignas com o campo em que o protocolo será inserido (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Essa validação busca aperfeiçoar o conteúdo do instrumento, tornando-o mais confiável, preciso, válido e decisivo no que se propõe a medir e consiste no julgamento realizado por um grupo de peritos experientes na área temática do instrumento, aos quais cabe analisar a correção, coerência e adequação do conteúdo. É essencial no desenvolvimento de um questionário, pois permite verificar o quanto os itens incluídos correspondem à construção teórica que fundamenta o instrumento, a fim de tornar possível avaliar o fenômeno de interesse. Ou seja, permite verificar se os itens incluídos no instrumento são representativos e relevantes para abranger o fenômeno, considerando as possibilidades de questões sobre o tópico em estudo (FERRI et al., 2012; MEGA et al., 2015).

Ainda para Ferri et al. (2012), um dos pontos importantes é ter uma linguagem acessível, possibilitando que todos os profissionais possam compreender do que se trata cada intervenção presente no protocolo.

No que diz respeito à validação do protocolo, ao analisar a validade de conteúdo propriamente dito, os resultados obtidos por meio do cálculo do IVC mostraram-se válidos, visto que o valor do nível de concordância entre eles foi no mínimo de 0,88. Corroborar-se com Alexandre e Coluci (2011) quando se recomenda a taxa de concordância não inferior a 0,78. Sendo assim, observa-se que o ponto de corte foi alcançado através do valor encontrado.

De acordo com a teoria postulada por Pasquali (2003), a validação de conteúdo ocorre quando os itens de um instrumento correspondem ao que se deseja mensurar, que representam fidedignamente seus objetivos propostos, sendo avaliados por um corpo de especialistas em questão. Os resultados da validação de conteúdo pelos peritos identificaram a necessidade de algumas adaptações no protocolo.

Foram realizadas as seguintes melhorias no protocolo de acordo com os apontamentos dos experts, no tópico de medidas de conforto, foram acatadas as sugestões do avaliador P1 quando a estratégia “Contato pele a pele” na qual foi invertida a ordem da conduta, quando a orientação com relação a estratégia “aleitamento materno” mantivemos a descrição da técnica da ordenha, visando a integralidade do cuidado, visto que também faz parte da conduta profissional a orientação correta.

Já no tópico de medidas de cuidado com a pele, o avaliador P3 fez sugestões com relação a estratégia “Dias de banho”. Foram feitas atualizações e um aprofundamento nas condutas tais quais: tipo de banho, peso e dias de nascimento. Outra sugestão realizada pelo avaliador P3 foi quanto a estratégia “Trocas de fralda” na qual o expert solicitou a inclusão da conduta registro das eliminações, tendo em vista a sua importância para o balanço hídrico do RN, nessa mesma estratégia foi estipulado período máximo para que ocorra essa troca, corroborando para a prevenção de assaduras e outras infecções.

Com relação às medidas para o gerenciamento da dor foram feitas as revisões na estratégia “Uso de escalas para avaliação da dor neonatal” visto que foi solicitada pelos experts P2 e P7. Foi incluída a tabela com as referentes escalas de avaliação da dor de acordo com o tipo de dor, quadro clínico e idade do RN em semanas para melhor sistematização da conduta.

8. CONCLUSÃO

A dor desperta interesse e é motivo de estudos desde os primórdios. Sua expressão é universal porque em algum momento da vida as pessoas são confrontadas pela dor, mas sua intensidade é experienciada de modo pessoal e influenciada por diversos fatores, como os socioculturais, extrapolando os aspectos fisiológicos e sinalizando a necessidade de um manejo individual.

Frente a alta prevalência da dor no ser humano e ao considerar que em cada fase do seu ciclo de vida ela apresenta-se de forma singular, várias estratégias podem ser utilizadas com especificidade para o seu gerenciamento, entre elas estão as escalas numéricas, de faces ou analógicas, *softwares*, biomarcadores que podem mensurá-la adequadamente considerando a idade e a condição clínica do paciente.

O conhecimento sistematizado sobre a dor, permite que o profissional de saúde exerça uma prática permeada de tecnologias de cuidado, essencial para o gerenciamento do processo doloroso e para a qualidade da assistência prestada, ao tempo que contribui para os avanços de sua compreensão na comunidade científica.

Como produto, este protocolo apresenta-se válido com êxito, sendo necessários poucos ajustes indicados pelos experts. Ademais, é imprescindível a realização de novos estudos com amostra maior para uma representatividade e poder de generalização. As limitações do estudo foram a não disponibilidade de alguns juízes, reduzindo, assim, o tamanho da amostra, como também o longo período referente à devolução dos protocolos devidamente preenchidos e avaliados.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 3061-3068, 2011. Acesso em: 24 de Maio de 2021.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Fetus and Newborn and Section on Anesthesiology and Pain Medicine. Prevention and Management of Procedural Pain in the Neonate: An Update. *Pediatrics*, v. 137, n. 2, p. e20154271, 2016. Disponível em: <<https://pediatrics.aappublications.org/content/137/2/e20154271>>. Acesso em: 24 de Maio de 2020.
- AZEVEDO-SANTOS, Isabela Freire. et al. Validação da versão Brasileira da Escala Comportamental de Dor (Behavioral Pain Scale) em adultos sedados e sob ventilação mecânica. *Rev. bras. anesthesiol.*, Campinas, v. 67, n. 3, p. 271-277, jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942017000300271&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 de Maio de 2021.
- BOTTEGA, Fernanda Hanke; FONTANA, Rosane Teresinha. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 19, p. 283-290, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília - DF, Senado, 1998. Acesso em: 10 out de 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido : Método Canguru : manual técnico – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 340 p.
- CAETANO, Edilaine Assunção et al. O recém-nascido com dor: atuação da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 17, p. 439-445, 2013. Acesso em: 10 out de 2022.
- CARVALHO, Beatriz Molina et al. Avaliação da implantação de escala de dor em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. *REAS/EJCH*, v. 11, n. 10, p.420, 2019. DOI: <<https://doi.org/10.25248/reas.e420.2019>> Acesso em: 12 de Junho de 2020.
- CHRISTOFFEL, Marialda Moreira et al. Atitudes dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor neonatal. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, e20170018, fev 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100218&lng=en&nrm=iso>. DOI: <<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170018>>. Acesso em: 01 de Setembro de 2020.
- DA SILVA, Sthefany Rubislene Pereira et al. Assistência de enfermagem na UTI neonatal: dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros e prejuízos causados aos recém-nascidos. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 9464-9473, 2020. Acesso em: 10 out de 2022.

DE MIRANDA VARGAS, Ana Paula et al. Cuidado centrado na família do recém-nascido: percepção da equipe multidisciplinar de saúde. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, p. e31511931885-e31511931885, 2022. Acesso em: 10 out de 2022.

DE SENA LIMA, Rayra Mass Lucena et al. Conhecimento dos enfermeiros acerca da importância do uso de protocolos de cuidados: Discurso do sujeito coletivo. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e15810111186-e15810111186, 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11186/10356>>. Acesso em 09 abr 2022.

FERRI, Sônia Mara Neves et al. Protocolos clínicos e de regulação: motivações para elaboração e uso. **Protocolos clínicos e de regulação: acesso à rede de saúde. Rio de Janeiro: Elsevier**, p. 9-21, 2012. Acesso em: 10 out de 2022.

FIELD, Tiffany. Preterm newborn pain research review. *Infant Behavior and Development*, n. 49, p. 141-150, 2017. DOI: [10.1016/j.infbeh.2017.09.002](https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.09.002) Acesso em: 19 de Junho de 2020.

FIOCRUZ. *Atenção à Saúde do Recém-Nascido de Risco: Superando Pontos Críticos*. Módulo 1: Dor, 2015. Disponível em: <http://www.iff.fiocruz.br/pdf/modulo_dor2015.pdf>. Acesso em: 22 de Junho de 2020.

GUYTON, Arthur Clifton; HALL, John E. *Tratado de fisiologia médica*. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. Acesso em: 29 de Junho de 2020.

HAUSER, Lisiane et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade. Rio de Janeiro. Vol. 8, n. 29 (out./dez. 2013), p. 244-255**, 2013. Acesso em: 10 out de 2022.

HEIDERICH, Tatiany Marcondes; LESLIE, Ana Teresa Figueiredo Stochero; GUINSBURG, Ruth. Neonatal procedural pain can be assessed by computer software that has good sensitivity and specificity to detect facial movements. *Acta paediatrica*, v. 104, n. 2, p. 63-69, fev. 2014. DOI: <<https://doi.org/10.1111/apa.12861>> Acesso em: 01 de Setembro de 2020.

HEINEN, Ana Claudia et al. Avaliação da dor como quinto sinal vital: uma escolha profissional de intervenção fisioterapêutica. *Rev. Pesqui. Fisioter.*, v. 6, n. 4, nov. 2016. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/935>> Acesso em: 30 de Junho de 2020.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. Classification of Chronic Pain. *IASP Task Force on Taxonomy*, p. 209-214. Second Edition: Seattle, 2002. Disponível em: <<https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/Classification-of-Chronic-Pain.pdf>> Acesso em: 23 de Maio de 2020.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. Classification of Chronic Pain, Second Edition, *IASP Task Force on Taxonomy*, p. 209-214, Seattle, 2017. Acesso em: Acesso em: 23 de Maio de 2020.

JÚNIOR, Odemir Pires Cardoso; DE SOUSA PINTO, Juliana Maria. Quando a vida começa diferente: Cuidado postural no cotidiano da equipe multiprofissional em terapia intensiva pediátrica. **Tempus-Actas de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. ág. 83-100, 2016.

- KOLLING, João Henrique Godinho. Orientação à Atenção Primária à Saúde das equipes de saúde da família nos municípios do projeto Telessaúde RS: estudo de linha de base. 2008. Acesso em: 10 out de 2022.
- FIGUEIREDO, Talita Wérica Borges et al. Developing a nursing healthcare protocol: a case report. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 2837-2842, 2018. Disponível em: <>. Acesso em 09 abr 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/NVt9jXTZYzmQFMZg6wPdMSD/?lang=en&format=html>>. Acesso em 09 abr 2022.
- JASIM, Hajer *et al.* Saliva as a medium to detect and measure biomarkers related to pain. **Sci Rep**, v. 8, n. 3220, 2018. DOI:10.1038/s41598-018-21131-4. Acesso em: 02 de Julho de 2020.
- KARCIOGLU, Ozgur. et al. A systematic review of the pain scales in adults: Which to use?. *Am J Emerg Med*, v. 36, n. 4, p. 707-714, apr. 2018. DOI: <<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.01.008>>. Acesso em: 23 de Maio de 2020.
- LEITE, Maria Abadia; VILA, Vanessa da Silva Carvalho. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, p. 145-150, 2005. Acesso em: 10 out de 2022.
- MARCONDES, F. L. et al. Capacitação profissional de enfermagem na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev Pró-Univer SUS [Internet]**, p. 9-15, 2015. Acesso em: 10 out de 2022.
- MARCUS, Dawn A. A review of perinatal acute pain: treating perinatal pain to reduce adult chronic pain. **The journal of headache and pain**, v. 7, n. 1, p. 3-8, 2006. Acesso em: 10 out de 2022.
- MEDEIROS, Marlene das Dores; MADEIRA, Lélia Maria. Prevenção e tratamento da dor do recém-nascido em terapia intensiva neonatal. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 118-124, 2006. Acesso em: 10 out de 2022.
- MEGA, Tacila Pires et al. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas no SUS: histórico, desafios e perspectivas. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 4, p. 3275-3285, 2015. Acesso em: 10 out de 2022.
- MOURA, Carolina de Castro et al. Impactos da dor crônica na vida das pessoas e a assistência de enfermagem no processo. *Av Enferm.* v. 35, n. 1, p. 53-62, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n1/v35n1a06.pdf>>. Acesso em: 07 de Julho de 2020.
- OLIVEIRA, Roberta Meneses et al. Avaliação comportamental e fisiológica da dor em recém-nascidos pelos profissionais de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 19-24, 2010. Acesso em: 10 out de 2022.
- OLIVEIRA, Náiali; GASPARD, Cláudia Maria; LINHARES, Maria Beatriz Martins. Pain and distress outcomes in infants and children: a systematic review. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**. v. 50, n. 7, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-431X2017598>. Acesso em: 10 out de 2022.

PASQUALI, L. (2003). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes. Acesso em: 10 out de 2022.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de saúde pública**, v. 35, p. 103-109, 2001. Acesso em: 10 out de 2022.

PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos et al. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. In: **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. 2015. Disponível em: < <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf> >. Acesso em 09 abr 2022.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Delineamento de pesquisa em enfermagem. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para prática de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, p. 247-368p, 2011. Acesso em: 10 out de 2022.

GOMES DE PINHO, Márcia Cristina. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciências & Cognição**, v. 8, p. 068-087, 2006. Acesso em: 10 out de 2022.

RENN, Cynthia L.; DORSEY, Susan G.; GRIFFIOEN, Mari A.. Pain Physiology and the Neurobiology of Nociception. In: Dorsey S., Starkweather A. (eds) *Genomics of Pain and Co-Morbid Symptoms*. Springer, Cham, 2020. Acesso em: 06 de Agosto de 2020.

SANTOS, Tâmyssa Simões dos et al. Qualificação profissional de enfermeiros da atenção primária à saúde e hospitalar: um estudo comparativo. **Revista Cuidarte**, v. 11, n. 2, 2020. Acesso em: 10 out de 2022.

SILVA, José Mendes da; CALDEIRA, Antônio Prates. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família e a qualificação profissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, p. 95-108, 2011. Acesso em: 10 out de 2022.

SILVA, Yerkes Pereira et al. Sedação e analgesia em neonatologia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 57, p. 575-587, 2007.

SOARES, Natalia Cristine; BERNARDINO, Maria Piassa Lourenço; ZANI, Adriana Valongo. Inserção do pai nos cuidados ao filho prematuro hospitalizado: percepção da equipe multiprofissional. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 37, p. 283-290, 2019.

VALERIO, Allana Fernandes. et al. Dificuldades enfrentadas pela enfermagem na aplicabilidade da dor como quinto sinal vital e os mecanismos/ações adotados: revisão integrativa. *BrJP*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 67-71, mar. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2595-31922019000100067&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 de Julho de 2020.

VIEIRA, Ana Carolina Santana. et al. Gerenciamento da dor e estresse no recém-nascido: proposta de protocolo. In: BARBOSA, Silene Ribeiro Miranda. *Tecnologia e inovação para o cuidar em enfermagem 2 - Ponta Grossa - PR: Atena, 2020*.

VIEIRA, Ana Carolina Santana. et al., Avaliação da dor na assistência ao paciente. In: NASCIMENTO, Yanna Cristina Moraes Lira; NAGLIATE, Patrícia de Carvalho; DOS ANJOS, Eliseu Alves. *Biossegurança, sinais vitais e dor: saberes e parâmetros aos profissionais de saúde*. - 1ed. Curitiba: Appris, 2022. Acesso em: 10 out de 2022.

VIEIRA, Tainara Wink et al. Métodos de validação de protocolos assistenciais de enfermagem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

WALTZ, C. F.; STRICKLAND, O. L.; LENZ, E. R. Reliability and validity of norm-referenced measures. **Measurement in nursing research**, p. 161-194, 1991.

WERNECK, Marcos Azeredo Furquim; FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Kátia Ferreira Costa. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço. **Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed**, 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3914.pdf>>. Acesso em 09 abr 2022.

ANEXO 1 – E-mail enviado aos avaliadores

Avaliação de um instrumento para gerenciamento da dor no cuidado intensivo neonatal

Prezado(a),

Através deste e-mail venho convidar para participar da pesquisa intitulada “PROCOLO PARA GERENCIAMENTO DA DOR NO CUIDADO INTENSIVO NEONATAL”, em que o senhor(a) foi selecionado como especialista na temática para participar desta etapa.

Nesta etapa será realizado o processo de validação de conteúdo da primeira versão do instrumento de transição construído nas etapas anteriores da pesquisa.

Sendo assim, o(a) senhor(a) terá acesso ao PROCOLO PARA GERENCIAMENTO DA DOR NO CUIDADO INTENSIVO NEONATAL.

Caberá aos especialistas a realização da avaliação de conteúdo do instrumento de transição proposto pelo pesquisador, baseando-se nos seguintes critérios preconizados por Pasquali: Abrangência; Clareza; Coerência; Criticidade dos itens; Objetividade; Redação científica; Relevância; Aplicabilidade, Sequência; Unicidade; e Atualização.

Cada um desses critérios serão avaliados a partir do preenchimento de uma escala do tipo Likert de cinco pontos, onde: 1 - Discordo totalmente; 2 - Discordo parcialmente; 3 - Não concordo e nem discordo; 4 - Concordo parcialmente; 5 - Concordo totalmente. Para essa avaliação, deverá ter em mente que essa ferramenta de transição servirá para dar suporte à transição de cuidados dos recém-nascidos em unidade de cuidados intensivos neonatal.

O instrumento completo estará disponível ao acessar o link do Google Forms neste e-mail. Ao prosseguir a avaliação, os(as) Senhores(as) terão acesso aos respectivos tópicos que irão compor a ferramenta de transição, realizar a análise e preencher a escala conforme a sua avaliação. Cada seção terá um espaço destinado para justificativas, sugestões e observações dos especialistas, onde poderão deixar considerações pertinentes para o desenvolvimento da pesquisa no espaço destinado para tal no formulário do Google Forms.

O prazo para responder o formulário será de 10 dias a partir da data de envio.

Sendo assim, aguardamos retorno até o dia 28/03/2022.

As pesquisadoras responsáveis encontram-se disponíveis para responder quaisquer dúvidas.

Desde já, agradecemos a disponibilidade em participar desse momento.

Abaixo, segue o link para preenchimento do formulário:

<https://forms.gle/fiQYx8KKszMZqsnz7>

Atenciosamente,

Camila Thayná Oliveira dos Santos e Ana Carolina Santana Vieira
Pesquisadoras responsáveis

ANEXO 2 – Instrumento de avaliação

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
ESCOLA DE ENFERMAGEM - EENF

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO PARA GERENCIAMENTO DA DOR NO CUIDADO INTENSIVO NEONATAL

1. TCLE (Consentimento, após esclarecimento)

Eu li o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará em nenhum aspecto da minha vida pessoal e profissional. Estou ciente que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei nenhuma quantia em dinheiro para minha participação no estudo. Concordo em participar do estudo: "**Validação de protocolo para gerenciamento da dor no cuidado intensivo neonatal**", assinalando o item correspondente abaixo e confirmando minha participação.

Você consegue participar da pesquisa?

- Eu consinto participar da pesquisa.
 Não concordo.

2. **Dados pessoais**

Nome: _____
Qual seu endereço de e-mail? _____
Data do preenchimento/ avaliação: __/__/__
Cidade/ Estado: _____
Idade: _____ Sexo: ()M ()F Gênero:
Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () União Estável () Viúvo(a)
Formação Acadêmica: <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem <input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermagem
Titulação: <input type="checkbox"/> Graduação/Bacharel <input type="checkbox"/> Pós-graduação a nível de especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Pós-doutorado

Tempo de formado(a): (anos/meses) _____
Campo de atuação: _____
Experiência (anos/meses): _____
Tempo de serviço na Unidade Neonatal: (anos/meses) _____
Possui especialização na área neonatal: () Sim () Não
Onde trabalha: () UCINCo () UTIN () UCINCo/UTIN
Já participou de alguma capacitação sobre a dor neonatal: () Sim () Não Se sim, qual o ano da última capacitação? _____
Você recebeu alguma informação sobre como avaliar ou tratar a dor neonatal durante sua formação profissional? () Não () Sim, especifique: () Curso técnico () Graduação () Especialização () Residência () Mestrado () Doutorado
Quais fontes de informações você mais utiliza para se atualizar sobre a dor neonatal? () Livros () Periódicos/revistas () Consenso(s) Internacional(is) () Manual do Ministério da Saúde () Internet () Eventos científicos () Cursos

3. Instruções referentes à escala *Likert* e os critérios para serem usados para a avaliação.

<p>Prezados especialistas, na próxima seção os(as) senhores(as) terão acesso ao protocolo de gerenciamento da dor e estresse neonatal que deverá ser avaliado de acordo com os seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Abrangência; 2. Clareza e coerência; 3. Criticidade dos itens; 4. Objetividade; 5. Redação científica; 6. Relevância; 7. Aplicabilidade; 8. Unicidade;
--

9. Atualização

Os critérios citados deverão ser avaliados em uma escala do tipo *Likert* de 1 (um) a 5 (cinco), sendo que:

- 1 - Discordo totalmente;
- 2 - Discordo parcialmente;
- 3 - Não concordo e nem discordo;
- 4 - Concordo parcialmente;
- 5 - Concordo totalmente;

1	2	3	4	5
Discordo totalmente;	Discordo parcialmente;	Não concordo e nem discordo;	Concordo parcialmente;	Concordo totalmente;

Vocês devem avaliar cada item de acordo com a escala *likert* de acordo com sua concordância para cada critério de acordo com a tabela e para cada item você pode deixar uma sugestão, comentário e justificativas ao final.

Critério	1	2	3	4	5
Abrangência:					
Clareza e coerência;					
Criticidade dos itens;					
Objetividade;					
Redação científica:					
Relevância:					
Aplicabilidade;					
Sequência:					
Unicidade:					
Atualização:					

Sugestão, comentários/Justificativas: _____

4. Apresentação do protocolo

Prezados especialistas, em anexo nesta seção encontra-se o protocolo a ser avaliado para posterior validação. A partir da próxima seção, os(as) senhores(as) deverão iniciar a análise de cada um dos tópicos presentes no instrumento.

LINK:

<https://drive.google.com/file/d/1gmT1SkKdhFPK44llgXSiwKUEp97XhX5/view?usp=sharing>

5. Avaliação do **Quadro 2**: “Medidas de conforto durante procedimentos dolorosos em RN internados na UTIN, Maceió, Alagoas, 2019.”

<i>Medidas de conforto</i>		
<i>Estratégia</i>	<i>Conduta</i>	<i>Justificativa</i>
<i>Contato pele a pele</i>	<ul style="list-style-type: none"> A técnica deve iniciar antes do procedimento doloroso e pode ser mantida após o procedimento, sempre que possível ¹¹; O contato com a mãe pode ser iniciado logo após o nascimento. O RN deverá ser mantido em contato pele a pele com a mãe ou o pai ¹². Pode ser associado com a posição canguru. 	O contato pele a pele durante um procedimento doloroso reduz sinais fisiológicos e comportamentais de dor. Esta estratégia tem se mostrado eficaz para diminuir a dor do RN durante procedimentos agudos ¹³ .
<i>Posição canguru</i>	<ul style="list-style-type: none"> O RN deverá ser mantido em contato pele a pele com a mãe ou o pai; O profissional deverá colocar o RN em posição vertical em contato com o peito da mãe ou do pai; O RN deverá estar somente de fraldas; A mãe deverá ser orientada para ficar sem sutiã; O profissional deverá ficar atento à segurança do RN com atenção ao uso de faixas que envolvam confortavelmente e o mantenha sustentado ¹². 	O método melhora significativamente o quadro do RN, promove o aleitamento materno, minimiza o estresse, proporciona melhor desenvolvimento físico e emocional. Diminui os riscos causados pelos procedimentos. A posição faz com que se sinta protegido durante o procedimento, proporcionando aconchego e analgesia ² .
<i>Aleitamento materno*</i>	<ul style="list-style-type: none"> A mãe deverá ser orientada quanto a práticas de higiene pessoal, segundo SCIH para limpeza das mamas e mamilos ¹²; Orientar quanto à higiene das mãos e antebraços, uso de gorro, máscara e avental; O profissional deverá oferecer à mãe um recipiente de material estéril com boca larga, resistente à esterilização e com rótulo a ser preenchido ¹²; Realizar massagem circular da base da mama em direção ao mamilo; Deve-se desprezar os primeiros jatos ou gotas de leite; Posicionar o dedo na borda superior da aréola e os demais na borda inferior (base da mama); Pressionar e soltar o polegar e o indicador direcionados levemente à parede torácica; Alternar mamas a cada 5 minutos ou quando diminuir o fluxo de leite; Disponibilizar leite humano ordenhado no recipiente ou seringa estéril para gavagem ou translação; Caso o RN já consiga realizar o aleitamento ao seio materno, o profissional deverá orientar a mãe sobre a pega correta e o posicionamento ao seio. 	Leite seguido por sacarose (1mL a 25%) por via oral teve efeito de menor duração do choro e menor ativação comportamental. A amamentação reduz o tempo de choro do RN e reduz os escores de dor em escalas validadas. Porém, dar leite materno usando uma seringa não demonstrou a mesma eficácia da amamentação propriamente dita ¹⁴ .
<i>*Segundo procedimento do hospital</i>		
<i>Manuseio mínimo do RN</i>	<ul style="list-style-type: none"> O profissional deverá manusear o RN em intervalos de 3h a 4h; Dois profissionais deverão pesar ou trocar os lençóis uma vez ao dia, ou quando necessário nas primeiras 72h de vida; Trocar as fraldas gentilmente; O profissional deverá evitar o agrupamento de procedimentos dolorosos; Checar a necessidade de realização de um procedimento, realizando apenas quando necessário; Evitar a repetição de procedimentos após tentativas sem sucesso. 	O agrupamento excessivo de procedimentos, desencadeia um período prolongado de dor, desconforto e estresse no RN, fazendo com que ele demore mais para retornar ao estado fisiológico e comportamental pré-procedimento ¹³ . Além disso, o manuseio mínimo permite maiores períodos de sono profundo e acúmulo energético ¹⁵ .
<i>Hora do psiu</i>	<ul style="list-style-type: none"> O método deverá ser realizado em todos os plantões no período mínimo de 1 hora; 	A “Hora do psiu” contribui para organizar o padrão do sono e tem grande importância para o

<ul style="list-style-type: none"> • Todos os profissionais da UTIN deverão ficar em silêncio o máximo de tempo possível; • Deverá ocorrer a diminuição da luminosidade do ambiente da UTIN; • O profissional não deverá manipular o RN nesse período, a não ser que seja absolutamente necessário. 	desenvolvimento neurológico do RN, colaborando para o bem-estar físico e emocional ¹⁷ .
--	--

Fonte: Autores, 2019.

Critério	1	2	3	4	5
Abrangência:					
Clareza e coerência;					
Criticidade dos itens;					
Objetividade;					
Redação científica:					
Relevância:					
Aplicabilidade;					
Sequência:					
Unicidade:					
Atualização:					

Sugestão,

comentários/Justificativas: _____

6. Avaliação do **Quadro 3**: “Medidas de cuidados com a pele do RN internado na UTIN, Maceió, Alagoas, 2019.”

Medidas de cuidados com a pele		
Estratégia	Conduta	Justificativa
Redução do uso de fitas adesivas	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar o uso de adesivos sobre a pele do RN e, quando necessário, utilizar fitas adesivas hipoalergênicas, como fita microporosa; • Recortar a fita com tesoura, buscando utilizar apenas o tamanho necessário; • Retirar o adesivo de forma atraumática, com o auxílio de algodão e AGE ou substância que permita sua remoção. 	O RN prematuro possui uma pele mais fina e gelatinosa, com pouca camada de estrato córneo, causando menor barreira de proteção externa. Com a limitada distinção entre epiderme e derme, eles estão mais susceptíveis a lesões de pele por retirada de adesivos ¹⁷ .
Dias de banho	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar banho somente após o 14º dia de vida¹⁵; • Em prematuros < 27 semanas, deverá ser usado água morna estéril para limpar a pele nos primeiros 5 dias de vida¹⁵; • O banho deverá ser em dias ímpares (alternados) do mês (segundo normas da UTIN estudada); • Evitar movimentos bruscos e desnecessários durante o banho; • Evitar banhos demorados; 	O cuidado com a pele do RN deve ser um exercício diário. O cuidado com a higiene corporal, tem ação antimicrobiana e estética, proporcionando conforto ao RN. O banho previne lesões e diminui as suas consequências, como a

	<ul style="list-style-type: none"> ● Utilizar produtos de higiene com pH neutro, água morna e algodão¹⁷; ● Higienizar diariamente os olhos, região oral, áreas de pressão e contato com fralda¹⁷. 	seps ¹⁷ . Salienta-se a importância da manutenção da temperatura corporal ¹⁵ durante/após o banho.
Dias de pesagem	<ul style="list-style-type: none"> ● O profissional deverá pesar o RN na admissão com 48-72h de vida¹⁵; ● Após isso, o profissional deverá pesar o RN em dias pares (alternados) (segundo normas da UTIN estudada); ● O profissional deverá checar se a balança está calibrada antes de levar o RN para pesagem; ● O profissional deverá ter cuidado ao manuseio e posicionamento do RN na balança, evitando movimentos desnecessários; ● Higienizar a balança antes e após a realização da pesagem. 	A exposição repetida a procedimentos dolorosos gera, em curto prazo, alterações no metabolismo e catabolismo, aumentando o estresse que poderá levar a maior gasto energético e consequente dificuldade no ganho de peso e até uma possível perda de peso, retardando a recuperação do RN. Por isso é de extrema importância a pesagem contínua ¹⁸ .
Trocas de fralda	<ul style="list-style-type: none"> ● O profissional deverá elevar ligeiramente o RN pelas nádegas. Deve-se evitar a elevação das pernas ou calcanhares¹⁵; ● O profissional deverá lateralizar o RN para a troca da fralda; ● Em RN com < 27 semanas de IG, o profissional deverá deixar as fraldas abertas por até 4 dias¹⁵; ● O profissional deverá avaliar continuamente a necessidade de troca de fralda; ● Durante a troca de fralda, o profissional deverá higienizar as nádegas do RN com algodão umedecido com água e, se necessário, utilizar creme de barreira¹⁷. 	A equipe de enfermagem deve desenvolver cuidados precisos na troca de fraldas, pois, assim, pode-se diminuir o risco de infecção na UTIN. Já que a pele lesionada facilitará a entrada de microrganismos, e, consequentemente, causará dor ¹⁷ . Deixar a fralda aberta por até 4 dias no RN com < 27 semanas de IG minimiza a irritação inguinal e rachaduras na pele ¹⁶ .

Fonte: Autores, 2019.

Critério	1	2	3	4	5
Abrangência:					
Clareza e coerência;					
Criticidade dos itens;					
Objetividade;					
Redação científica:					
Relevância:					
Aplicabilidade;					
Sequência:					
Unicidade:					
Atualização:					

Sugestão, comentários/Justificativas: _____

7. Avaliação do **Quadro 4**: “Medidas para o gerenciamento da dor de RN internados na UTIN, Maceió, Alagoas, 2019.”

Medidas para o gerenciamento da dor		
Estratégia	Conduta	Justificativa
Uso de escalas para avaliação da dor neonatal	<ul style="list-style-type: none"> O profissional deverá: Avaliar a dor à cada aferição de sinais vitais⁸; O profissional deverá optar por utilizar uma escala que engloba a análise simultânea de parâmetros fisiológicos e comportamentais⁸; O profissional deverá atentar para os scores específicos da escala utilizada, para considerar que o RN está com dor; O profissional deverá anotar no prontuário qual escala utilizou, quais os valores de referência, o score obtido e sua implicação quanto à dor. 	É consenso que a avaliação objetiva da dor no RN seja feita por meio de escalas que englobam parâmetros fisiológicos e comportamentais ³ , a fim de se obter informações a respeito das respostas individuais à dor e possíveis interações com o ambiente ⁶ .
Sucção não nutritiva	<ul style="list-style-type: none"> A técnica deve ser aplicada de 1 a 8 minutos antes do procedimento doloroso¹⁹; O RN deverá coordenar os movimentos de sucção-respiração-deglutição para diminuir o risco de engasgo (coordenação bem estabelecida a partir das 32 semanas)²⁰; Deve-se realizar esse método com o RN ainda no leito ou no local onde o procedimento será realizado; O dedo do profissional deverá estar enluvado; O profissional deverá realizar toques na região da borda da boca e lábio inferior, objetivando desencadear o reflexo de busca e sucção¹⁹; Ao introduzir o dedo na boca do RN, deve-se pressionar o palato com a polpa do dedo. 	O método permite que através dos movimentos rítmicos haja a liberação de serotonina que irá inibir a hiperatividade e modular o desconforto, causando a diminuição da dor tanto no RN a termo como em prematuros ¹⁹ .
Soluções adocicadas	<ul style="list-style-type: none"> Deve-se administrar a solução adocicada até 2 minutos antes da realização do procedimento¹¹; A solução adocicada deve ser administrada na porção anterior da língua¹¹; Para RN a termo recomenda-se a administração de 1 ml a 25% por via oral de solução glicosada²¹; Para RN pré-termos recomenda-se 0,3 a 0,4 ml por via oral de solução glicosada²¹. 	As soluções adocicadas quando utilizadas liberam opioides endógenos que diminuem o estímulo doloroso. O uso dessas soluções é responsável pela diminuição do tempo de choro durante e após procedimentos dolorosos, atenuação da mímica facial de dor, e diminuição da resposta fisiológica da dor ¹¹ .

Fonte: Autores, 2019.

Critério	1	2	3	4	5
Abrangência:					
Clareza e coerência;					
Criticidade dos itens;					
Objetividade;					
Redação científica:					
Relevância:					
Aplicabilidade;					
Sequência:					
Unicidade:					
Atualização:					

Sugestão, comentários/Justificativas: _____

REFERÊNCIAS:

GÜNTHER, H. Como elaborar um questionário. In: PASQUALI, L. (). Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM /IBAPP., 1999. p. 197-226.

Rocha, Maria Cristina Pauli da. A experiência da enfermeira de unidade de terapia intensiva neonatal na utilização de instrumentos de avaliação da dor em neonatos' 01/12/2009 131 f. Mestrado em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, São Paulo Biblioteca Depositária: Wanda de Aguiar Horta

Trabalho anterior à Plataforma Sucupira

Gouveia, Juliana de Alencar.	Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário Lauro Wanderley.'	01/11/2007	157 f.
Mestrado	em ENFERMAGEM		Instituição de
Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA/JOÃO PESSOA,			JOÃO
PESSOA	Biblioteca Depositária: Central da UFPB		

Trabalho anterior à Plataforma Sucupira

ANEXO 3 – Protocolo de gerenciamento da dor recém-nascido

RESULTADOS

Para a construção do protocolo foram utilizados os dados apresentados nos quadros 2, 3 e 4 a seguir. As estratégias adotadas para o protocolo foram não farmacológicas e consideradas de fácil aplicabilidade pelos profissionais de saúde.

<i>Medidas de conforto</i>		
Estratégia	Conduta	Justificativa
<i>Contato pele a pele</i>	<ul style="list-style-type: none"> A técnica deve ser iniciada antes do procedimento doloroso e pode ser mantida mesmo após finalizado, sempre que possível (BRASIL, 2015); O contato pele a pele com a mãe pode ser iniciado logo após o nascimento, podendo ser estabelecido com o pai também (BRASIL, 2018). Associado, ou não, com a posição canguru. 	O contato pele a pele durante um procedimento doloroso reduz sinais fisiológicos e comportamentais de dor. E tem se mostrado eficaz para diminuir a dor do RN durante procedimentos agudos (MOTTA; CUNHA, 2015).
<i>Posição canguru</i>	<ul style="list-style-type: none"> O RN deverá ser mantido em contato pele a pele com a mãe ou o pai; O profissional deverá colocar o RN em posição vertical em contato com o peito da mãe ou do pai; O RN deverá estar somente de fraldas; A mãe deverá ser orientada para ficar sem sutiã; O profissional deverá ficar atento a segurança do RN com atenção ao uso de faixas que envolvam confortavelmente e o mantenha sustentado (BRASIL, 2018). 	O posicionamento canguru melhora significativamente o quadro do RN, promove o aleitamento materno, minimiza o estresse, proporciona melhor desenvolvimento físico e emocional. Diminui os riscos causados pelos procedimentos. A posição faz com que se sinta protegido durante o procedimento, proporcionando aconchego e analgesia (NÓBREGA et al., 2018).
<i>Aleitamento materno* *Segundo orientações do hospital</i>	<ul style="list-style-type: none"> A mãe deverá ser orientada quanto à prática de higiene pessoal, segundo SCIH para limpeza das mamas e mamilos (BRASIL, 2018); Orientar quanto à higiene das mãos e antebraços, uso de gorro, máscara e avental; O profissional deverá oferecer à mãe um recipiente de material estéril com boca larga, resistente à esterilização e com rótulo a ser preenchido (BRASIL, 2018); Realizar massagem circular da base da mama em direção ao mamilo; Deve-se desprezar os primeiros jatos ou gotas de leite; Posicionar o polegar na borda superior da aréola e os demais na borda inferior (base da mama); Pressionar e soltar o polegar e o indicador direcionados levemente à parede torácica; Alternar mamas a cada 5 minutos ou quando diminuir o fluxo de leite; Disponibilizar leite humano ordenhado no recipiente ou seringa estéril para gavagem ou translactação; Caso o RN já consiga realizar o aleitamento ao seio materno, o profissional deverá orientar a mãe sobre a pega correta e o posicionamento ao seio. 	Leite seguido por sacarose (1mL a 25%) por via oral teve efeito de menor duração do choro e menor ativação comportamental. A amamentação reduz o tempo de choro do RN e reduz os escores de dor em escalas validadas. Porém, dar leite materno usando uma seringa não demonstrou a mesma eficácia da amamentação propriamente dita (SHAH; HERBOZO; ALIWALAS; SHAH, 2012).

<i>Manuseio mínimo do RN</i>	<ul style="list-style-type: none"> • O profissional deverá manusear o RN em intervalos de 3h a 4h; • Dois profissionais deverão pesar o RN ou trocar os lençóis uma vez ao dia, ou quando necessário nas primeiras 72h de vida; • Trocar as fraldas gentilmente; • O profissional deverá evitar o agrupamento de procedimentos dolorosos; • Checar a necessidade de um procedimento, para ser realizado apenas quando necessário; • Evitar a repetição de procedimentos após tentativas sem sucesso. 	O agrupamento excessivo de procedimentos, desencadeia um período prolongado de dor, desconforto e estresse no RN, fazendo com que ele demore para retornar ao estado fisiológico e comportamental pré-procedimento (MOTTA; CUNHA, 2015). Além disso, o manuseio mínimo permite maiores períodos de sono profundo e acúmulo energético (IFF/FIOCRUZ, 2018).
<i>Hora do psiu</i>	<ul style="list-style-type: none"> • O método deverá ser realizado em todos os plantões no período mínimo de 1 hora; • Todos os profissionais da UTIN deverão ficar em silêncio o máximo de tempo possível; • Deverá ocorrer a diminuição da luminosidade do ambiente da UTIN; • O profissional não deverá manipular o RN nesse período, a não ser que seja absolutamente necessário. 	A “Hora do psiu” contribui para organizar o padrão do sono e tem grande importância para o desenvolvimento neurológico do RN, colaborando para o bem-estar físico e emocional (ALVES, 2016).

Quadro 2: Medidas de conforto durante procedimentos dolorosos em RN internados na UTIN, Maceió, Alagoas, 2020.

Fonte: Autores, 2020.

<i>Medidas de cuidados com a pele</i>		
Estratégia	Conduta	Justificativa
<i>Redução do uso de fitas adesivas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar o uso de adesivos sobre a pele do RN e, quando necessário, utilizar fitas adesivas hipoalergênicas, como a fita microporosa; • Recortar a fita com tesoura, buscando utilizar apenas o tamanho necessário; • Retirar o adesivo de forma atraumática, com o auxílio de algodão e óleo de ácidos graxos essenciais (AGE) ou substância que permita sua remoção. 	O RN prematuro possui uma pele mais fina e gelatinosa, com pouca camada de estrato córneo, resultando em menor barreira de proteção externa. Com a limitada distinção entre epiderme e derme, eles estão mais susceptíveis a lesões de pele por retirada de adesivos (ALVES, 2016).
<i>Dias de banho</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar banho somente após o 14º dia de vida (IFF/FIOCRUZ, 2018); • Em prematuros < 27 semanas, deverá ser usado água morna estéril para limpar a pele nos primeiros 5 dias de vida (IFF/FIOCRUZ, 2018); • O banho deverá ser em dias ímpares (alternados) do mês; • Evitar movimentos bruscos e desnecessários durante o banho; • Evitar banhos demorados; • Utilizar produtos de higiene com pH neutro, água morna e algodão (ALVES, 2016); • Higienizar diariamente os olhos, região oral, áreas de pressão e contato com fralda (ALVES, 2016). 	O cuidado com a pele do RN deve ser uma atividade diária. O cuidado com a higiene corporal, tem ação antimicrobiana e estética, proporcionando conforto ao RN. O banho previne lesões e diminui as suas consequências, como a sepse (ALVES, 2016). Salienta-se a importância da manutenção da temperatura corporal (IFF/FIOCRUZ, 2018) durante e após o banho.

<i>Dias de pesagem</i>	<ul style="list-style-type: none"> • O profissional deverá pesar o RN na admissão com 48-72h de vida (IFF/FIOCRUZ, 2018); • Após isso, o profissional deverá pesar o RN em dias pares (alternados); • O profissional deverá checar se a balança está calibrada antes de levar o RN para pesagem; • O profissional deverá ter cuidado ao manuseio e posicionamento do RN na balança, evitando movimentos desnecessários; • Higienizar a balança antes e após a realização da pesagem. 	<p>A exposição repetida a procedimentos dolorosos gera, em curto prazo, alterações no metabolismo e catabolismo, aumentando o estresse que poderá levar a maior gasto energético e consequente dificuldade no ganho de peso e até uma possível perda de peso, retardando a recuperação do RN. Por isso é de extrema importância a pesagem contínua (CARNEIRO et al., 2016).</p>
<i>Trocas de fralda</i>	<ul style="list-style-type: none"> • O profissional deverá elevar ligeiramente o RN pelas nádegas. Deve-se evitar a elevação das pernas ou calcanhares (IFF/FIOCRUZ, 2018); • O profissional deverá lateralizar o RN para a troca da fralda; • Em RN com < 27 semanas de idade gestacional, o profissional deverá deixar as fraldas abertas por até 4 dias (IFF/FIOCRUZ, 2018); • O profissional deverá avaliar continuamente a necessidade de troca de fralda; • Durante a troca de fralda, o profissional deverá higienizar as nádegas do RN com algodão umedecido com água e, se necessário, utilizar creme de barreira (ALVES, 2016). 	<p>A equipe de enfermagem deve desenvolver cuidados precisos na troca de fraldas, pois, assim, poder-se-á diminuir o risco de infecção na UTIN. Já que a pele lesionada facilitará a entrada de microrganismos, e, consequentemente, causará dor (ALVES, 2016). Deixar a fralda aberta por até 4 dias no RN com < 27 semanas de IG minimiza a irritação inguinal e rachaduras na pele (LOPES; SANTOS; PAULA, 2018).</p>

Quadro 3: Medidas de cuidados com a pele do RN internado na UTIN, Maceió, Alagoas, 2020.

Fonte: Autores, 2020.

As medidas de conforto, no quadro 2, são essenciais para a diminuição do estresse vivenciado pelo RN na UTIN, além de proporcionarem a atenuação da dor. As condutas sugeridas corroboram com uma assistência humanizada e integral, tanto do RN quanto da família.

O Quadro 3 apresenta propostas de cuidados com a pele que estão intimamente ligadas às medidas do quadro 2. Estes cuidados precisam ser sistematizados evitando-se a perda da integridade da pele e consequente dor do RN. Devendo os profissionais de enfermagem estar atentos aos posicionamentos sugeridos, aos materiais de higienização utilizados, e avaliar frequentemente a pele do RN.

Já o quadro 4 aborda as medidas de gerenciamento da dor, incluindo a proposta de adoção do uso de escalas de avaliação da dor e medidas a serem utilizadas para aliviá-la e/ou preveni-la.

Medidas para o gerenciamento da dor		
Estratégia	Conduta	Justificativa
<i>Uso de escalas para avaliação da dor neonatal</i>	<ul style="list-style-type: none"> O profissional deverá: <ul style="list-style-type: none"> Avaliar a dor a cada aferição de sinais vitais (BALDA; GUINSBURG, 2018); Optar por utilizar uma escala que analisa simultaneamente, parâmetros fisiológicos e comportamentais (BALDA; GUINSBURG, 2018); Atentar para os scores específicos da escala utilizada, para considerar que o RN está com dor; Registrar no prontuário qual escala utilizou, quais os valores de referência, o score obtido e sua implicação quanto à dor. 	É consenso que a avaliação objetiva da dor no RN seja feita por meio de escalas que englobam parâmetros fisiológicos e comportamentais (CHRISTOFELL et al., 2017), a fim de se obter informações a respeito das respostas individuais à dor e possíveis interações com o ambiente (CORDEIRO; COSTA, 2014).
<i>Sucção não nutritiva</i>	<ul style="list-style-type: none"> A técnica deve ser aplicada de 1 a 8 minutos antes do procedimento doloroso (COREN/SC, 2013); O RN deverá coordenar os movimentos de sucção-respiração-deglutição para diminuir o risco de engasgo (coordenação bem estabelecida a partir das 32 semanas) (TAMEZ, 2013); Deve-se realizar esse método com o RN ainda no leito ou no local onde o procedimento será realizado; O dedo do profissional deverá estar enluvado; O profissional deverá realizar toques na região da borda da boca e lábio inferior, objetivando desencadear o reflexo de busca e sucção (COREN/SC, 2013); Ao introduzir o dedo na boca do RN, deve-se pressionar o palato com a polpa do dedo. 	O método permite que através dos movimentos rítmicos haja a liberação de serotonina que irá inibir a hiperatividade e modular o desconforto, causando a diminuição da dor tanto no RN a termo como em prematuros (COREN/SC, 2013).
<i>Soluções adocicadas</i>	<ul style="list-style-type: none"> Deve-se administrar a solução adocicada até 2 minutos antes da realização do procedimento (BRASIL, 2015); A solução adocicada deve ser administrada na porção anterior da língua (BRASIL, 2015); Para RN a termo recomenda-se a administração de 1 ml a 25% por via oral de solução glicosada (GUINSBURG, BALDA, 2019); Para RN pré-termos recomenda-se 0,3 a 0,4 ml por via oral de solução glicosada (GUINSBURG, BALDA, 2019). 	As soluções adocicadas quando utilizadas liberam opioides endógenos que diminuem o estímulo doloroso. O uso dessas soluções é responsável pela diminuição do tempo de choro durante e após procedimentos dolorosos, atenuação da mímica facial de dor, e diminuição da resposta fisiológica da dor (BRASIL, 2015).

Quadro 4: Medidas para o gerenciamento da dor de RN internados na UTIN, Maceió, Alagoas, 2020.

Fonte: Autores, 2020.

DISCUSSÃO

As medidas de conforto identificadas, contato pele a pele; colo; posição canguru; manuseio mínimo; e diminuição de estímulos ambientais, promovem uma experiência de contenção do RN e favorecem o desenvolvimento do apego