

CATÓLICA DE VITÓRIA CENTRO UNIVERSITÁRIO

ARIANY CHRISTINA PIRES E SILVA

**MEDIDAS HUMANIZADAS PARA REDUÇÃO DA DOR NEONATAL, AVALIADAS
PELO ENFERMEIRO**

VITÓRIA
2018

ARIANY CHRISTINA PIRES E SILVA

**MEDIDAS HUMANIZADAS PARA REDUÇÃO DA DOR NEONATAL, AVALIADAS
PELO ENFERMEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Católica de Vitória Centro Universitário, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Daliana Lopes Morais

VITÓRIA
2018

ARIANY CHRISTINA PIRES E SILVA

**MEDIDAS HUMANIZADAS PARA REDUÇÃO DA DOR NEONATAL, AVALIADAS
PELO ENFERMEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Católica de Vitória Centro Universitário, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Prof.^a Daliana Lopes Morais- Orientadora

Prof.^a Tarsila Eulália Cafardo T.C. da Cunha

Prof.^a Me. Juliana Oliosí Calheiros

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível (Charles Chaplin).”

AGRADECIMENTOS

À Deus pela sua infinita bondade, amor incondicional, por toda sabedoria, força, por ter me abraçado todas as vezes que me sentia sozinha e insegura.

Ao meu esposo Adriano Teixeira Silva, agradeço por todo amor, carinho, compreensão, pela paciência nos dias aflitos que passei, pelas minhas ausências, obrigado por todo apoio não tenho palavras de gratidão que demonstre o que você fez e faz por mim, te amo.

Aos meus pais Tania Aparecida Pires e João Batista Maia, agradeço por toda educação por acreditarem em meus sonhos e desafios; mãe obrigada por tamanho presença nessa luta de longos anos, tenho infinito amor e gratidão.

Aos meus irmãos Alan Pires e Jonatan Pires, por todo carinho nesses dias tão corridos em busca do meu sonho, obrigado pelas minhas cunhadas e sobrinha, Mislaine Marques meu exemplo de vida.

À minha vó Valdenir Pinheiro, sua força, bondade e fé me fez enxergar o caminho da vida com mais precisão. Obrigado a toda minha família materna e paterna, aos que se fizeram tão presente e enxergaram os meus dias corridos, compreenderam minhas ausências, obrigado pela torcida e tantas orações, meus amores tios (a) e primos.

Aos meus sogros, cunhadas, tios (a) e avós, são presentes de Deus nessa minha jornada.

Ao centro Universitário de Vitória, por me proporcionar a realização desse sonho.

Aos professores da graduação de enfermagem por cada conhecimento compartilhado que contribuiu para minha formação.

Agradeço as minhas amigas tão presentes e que me apoiaram mostrando cada dia minha capacidade, Clara Helmer, Elisangela Silva, Jhennifer Silva, Jheniffer Lopes, kamila Monteiro, Kissila Muniz, Simone Ramos e Thayane Duarte.

Aos meus colegas de turmas por mais essa etapa que se encerra em nossas vidas, pela união, companheirismo e aprendizados, em especial Luana Freitas, Juliana dos Santos, Patrícia Thiengo e Mariane Francisco.

São muitas palavras que gostaria de dizer, não sei como expressá-las então minha eterna GRATIDÃO.

RESUMO

A prematuridade é uma preocupação para saúde pública no Brasil, por ser um dos agravos a saúde do recém-nascido. O neonato prematuro é considerado quando o nascimento acontece abaixo de 37 semanas de gestação. Com o nascimento antes da data prevista, o recém-nascido necessita muitas das vezes cuidados em unidades de terapia intensiva neonatal, aonde os mesmos recebem uma série de cuidados físicos e clínicos como suporte das necessidades fisiológicas que são apresentadas. Os cuidados intensivos requerem muito do prematuro para a estabilidade de sobrevivência, assim são realizados inúmeros procedimentos considerados causadores de dor nos prematuros. O organismo do neonato é sensível até o toque devido as respostas dos receptores sensoriais ser rápida e de forma agressiva. A partir da evolução dos estudos o prematuro já sente dor desde da vigésima segunda semana de gestação. O objetivo geral desse estudo é descrever as medidas humanizadas e intervenções não farmacológicas para diminuição da dor e estresse dos neonatos prematuros internados nas Unidades de terapia Intensiva Neonatal. Sendo que os objetivos específicos são: identificar sinais e sintomas relacionados a dor e estresse no neonato prematuro e conhecer a prática profissional dos enfermeiros abordando cuidados humanizados e as dificuldades encontradas. Essa pesquisa é uma revisão bibliográfica, realizada através das bases de dados: SIELO, MEDILINE, LILACS, BEDENF. As medidas não farmacológicas são essenciais para tratamento da dor e estresse do prematuro, como controle de ruídos, iluminação, o enfermeiro frente a humanização, método mãe-canguru, participação da família, sucção não nutritiva, posicionamento e glicose 25%.

Descritores: Neonato prematuro. Dor. Cuidados humanizados. Enfermagem.

ABSTRACT

Prematurity is a public health concern in Brazil, as it is one of the health problems of the newborn. Premature newborns are considered when birth occurs below 37 weeks of gestation. With preterm birth, the newborn often needs to be cared for in neonatal intensive care units, where they receive a range of physical and clinical care to support the physiological needs that are presented. Intensive care requires much of the premature for survival stability, so a number of procedures considered to be causing pain in premature infants are performed. The body of the neonate is sensitive to touch because the responses of the sensory receptors are rapid and aggressive. From the evolution of the studies the preterm one already feels pain from the twenty-second week of gestation. The general objective of this study is to describe the humanized measures and non-pharmacological interventions to reduce the pain and stress of the preterm infants admitted to the Neonatal Intensive Care Units. The specific objectives are: to identify signs and symptoms related to pain and stress in the premature neonate and to know the professional practice of nurses addressing humanized care and the difficulties encountered. This research is a bibliographical review, performed through the databases: SIELO, MEDILINE, LILACS, BEDENF. Non-pharmacological measures are essential for the treatment of premature pain and stress, such as noise control, lighting, nurses facing humanization, mother-kangaroo method, family participation, non-nutritive sucking, positioning and 25% glucose.

Keywords: Premature neonate. Ache. Humanized care. Nursing.

LISTA DE SIGLAS

PIG - Pequeno para Idade Gestacional

RN - Recém-nascido

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 OBJETIVOS	19
1.1.1 Objetivo geral	19
1.1.2 Objetivos específicos	20
1.2 JUSTIFICATIVA	20
2 REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 RECÉM NASCIDO PRÉ-TERMO E A TERMO	21
2.2 PREMATURIDADE E FATORES DE RISCO	24
2.3 O AMBIENTE NA UTIN	27
2.4 FISIOLOGIA DA DOR	29
2.4.1 A dor, o estresse e sinais no prematuro	32
2.5 HUMANIZAÇÃO	36
2.5.1 O posicionamento do prematuro na UTIN	40
2.5.1.1 Sucção não nutritiva	41
2.5.2 Diminuição do ruído	42
2.6 CONDUITAS NÃO FARMACOLÓGICAS	43
2.7 ATUAÇÃO DA EQUIPE DO ENFERMEIRO NA UTIN	46
2.8 DIFICULDADES DOS PROFISSIONAIS NA AVALIAÇÃO DA DOR NEONATAL	49
2.9 ESCALAS DE DOR	52
3 METODOLOGIA	55
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA	57
4.1 O AMBIENTE HUMANIZADO NO TRATAMENTO DENTRO DA UTIN.....	59
4.2 O ENFERMEIRO COMO RESPONSÁVEL NA HUMANIZAÇÃO	60
4.3 TRATAMENDTO DA DOR COM AS MEDIDAS NÃO-FARMACOLÓGICAS	60
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	65

INTRODUÇÃO

O nascimento prematuro é caracterizado quando ocorre antes da 37 semana gestacional; o ambiente uterino exerce um valor grande quanto o peso ao nascer e a prematuridade neonatal, diversos sofrimento a mulher na gestação pode apresentar como impacto prejudicando o desenvolvimento do feto e fazendo com que aconteça o nascimento antes do esperado. Alguns fatores durante o período gestacional podem influenciar o parto antes da idade gestacional prevista, tais como baixa escolaridade, uso de álcool, tabagismo, baixa condições socioeconômicas, procedimentos ginecológicos e obstétricos, ausência de pré-natal, estresse na gestação, baixo peso pré-gestacional, doença hipertensiva específica da gestação, sangramentos vaginais, infecção do trato urinário (ALMEIDA, et al., 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a prematuridade é um problema de saúde pública, a porcentagem de partos prematuros anual chega a 15 milhões; a preocupação é com a sobrevivência dos neonatos, já que as mortes são consideradas 1 milhão anual após o nascimento (WHO,2012).

A prematuridade é um dos fatores que indicam o tratamento dentro de uma unidade de terapia intensiva neonatal, buscando o alcance de grandes benefícios para desenvolvimento do neonato; esse tratamento de forma benéfica necessita de inúmeros procedimentos, que podem causar dor ou não. A participação familiar no cuidado ao prematuro desperta uma necessidade maior, em manter o vínculo do neonato com os pais, favorece estabilidade e segurança durante esse tratamento; diminuí a dor e o estresse. A equipe na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal -UTIN consegue construir um tratamento humanizado através de medidas adequadas ao ambiente (BARBOSA, 2016).

Segundo Leone e Tronchin (2001) a UTIN deve ser construída e organizada de acordo com as necessidades que os prematuros apresentam pois são suscetível a risco durante período de internação; cada instalação e aparelhos usados na UTIN, são extremamente importante tanto na assistência, quanto para o desenvolvimento do prematuro sem nenhuma patologia/com patologia; assim na assistência, a participação do enfermeiro é de grande valia pois o mesmo delimita no planejamento de acordo com os cuidados a prestar ao neonato, avaliando toda estrutura física e assistencial.

O setor UTIN é bem diferente ao se comparar com o ambiente uterino; a fase do recebimento e adaptação do neonato na Unidade Terapia Intensiva Neonatal torna-se estressante devido a todo processo de acomodação desse recém-nascido; como análise clínica, manuseio, procedimentos, exames e intervenções, gerando ao prematuro uma desorganização do estado físico e fisiológico levando a apresentar estresse e dor. A assistência humanizada consegue atingir um nível de menor estresse para esse neonato, essas medidas além de ser benéficas para os prematuros, também é construída com grande valor para a equipe que presta os atendimentos, diminui a forma grosseira e rotineira que acometem os profissionais e passa conforto, calma e uma excelente administração dos cuidados por todos atuantes (BARBOSA,2006).

De acordo com Lélis e outros (2011) o feto consegue sentir os estímulos dolorosos quando exposto a procedimentos ou manuseio. O enfermeiro e equipe examina a dor quando a alterações comportamentais e fisiológicas, tornando-se uma da linguagem para intervenções neonatal; os recém-nascidos transmitem seus sentimentos através de alterações em seu estado fisiológico, uma dessas alterações é avaliada a partir da resposta encontrada nos sinais vitais.

Os profissionais de enfermagem identificam a importância no tratamento da dor, pela exposição maior e rotineira que presenciam de cada cliente durante diversos procedimentos dolorosos; consegue ter acesso a interpretação do que o prematuro está sentindo; com clareza trás o grau de valor dos cuidados antes e após a cada estímulo estressante e que causam dor, traça medidas não farmacológicas e humanizadas relacionada a essa linguagem obtida através dos sinais e sintomas apresentado de cada cliente (CRESCÊNCIO; ZANELATO; LEVENTHAL, 2009).

A internação de um prematuro na UTIN está associada a práticas para sobrevida do mesmo, assim requer cuidados como medidas terapêuticas ou exames. O prematuro passa por inúmeros procedimentos punção venosa, punção lombar, sondagem oro gástrica, sondagem vesical de alívio/ demora, glicemias capilares, realização de curativos, aspirações de vias aéreas, intubação oro traqueal entre outros procedimentos. Esses pacientes transmitem o sentimento de dor em linguagem não-verbal, o enfermeiro deve amenizar o estresse/dor que o prematuro possa ter antes de iniciar os procedimentos, com cautela observar o ambiente proporciona

tranquilidade ao neonato assim prevenindo a dor (SANTOS; RIBEIRO; SANTANA, 2012).

O neonato passa a sua transmissão de dor através de sinais como o choro, alterações faciais, modificações no sono ou alimentação, aumento da frequência cardíaca, respiratória e pressão arterial; e vários outros sinais. O recém-nascido- RN traduz a palavra dor diferente de um indivíduo adulto que consegue caracterizar a dor e identificá-la com facilidade de comunicação. Por ser uma linguagem de transmissão, mas difícil de interpretar necessita dos enfermeiros um alto nível de conhecimento, habilidades, atualização científica. Como em pacientes adultos a prática de avaliação torna-se muita das vezes pelo ato do mesmo falar o que está sentindo; já nos prematuros a resposta é mais difícil de identificar, pois aparece de diversas formas modificando de cliente para cliente (GUIMARÃES; VIEIRA, 2008).

A evolução de estudos nas práticas de enfermagem traz o aspecto da dor neonatal, favorecendo cuidados não farmacológicos para alívio da mesma; porém há uma necessidade em ampliar os cuidados dentro das UTINS pelas equipes de profissionais como também uma revisão de análise do aspecto considerado da dor pelos profissionais. A prematuridade faz com que o neonato seja mais susceptível a dor e ao estresse durante todo tratamento (MARTINS; ENUMO; PAULA, 2016).

De acordo com Tassinary e Hahn (2013) é importante a observação do profissional de enfermagem para identificação, avaliação e compreensão dos sinais de resposta de dor do neonato. A dor e o estresse do neonato deve ser tratada, pois contribui para melhora do quadro clínico, proporciona atendimento humanizado e qualificado. A enfermagem usa instrumentos para avaliar a dor e medidas não farmacológicas humanizadas para intervenção necessária.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Descrever as medidas humanizadas e intervenções não farmacológicas para diminuição da dor e estresse dos neonatos prematuros internados nas Unidades de terapia Intensiva Neonatal.

1.1.2 Objetivos Específicos

Identificar sinais e sintomas relacionados a dor e estresse no neonato prematuro.

Apresentar a prática profissional dos enfermeiros abordando cuidados humanizados e as medidas não farmacológicas.

1.2 JUSTIFICATIVA

Esse estudo descreve as evidências científicas do cuidado humanizado ao prematuro com dor, visando auxiliar e melhorar a capacidade da assistência de enfermagem. Os neonatos possuem a forma não verbal para expressar seus sentimentos, sinais e sintomas, assim de forma científica, social e profissional esses são os fatores que justificam o desenvolvimento do interesse da autora pelo tema dessa pesquisa.

Essa pesquisa através dos dados obtidos contribui para atualização e conhecimento dos profissionais dos de saúde, e após análise e a conclusão apontam para melhor entendimento do enfermeiro a respeito do tratamento e atendimento humanizado prestados aos neonatos prematuros dentro das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Fornecendo um amplo conhecimento a todos profissionais da saúde, melhor qualidade de vida dos prematuros internados na UTIN; sendo de grande importância para atualização científica e para atuação do enfermeiro nas intervenções e qualidade dos cuidados aos neonatos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO E A TERMO

O neonato pré-termo é caracterizado por ter o nascimento antes do período esperado, ou seja, aquela que nasce antes do “termo”, como também antes da idade gestacional prevista, inferior a 37 semanas conforme a Organização Mundial de Saúde (SCLOWITZ; SANTOS, 2006).

De acordo com Silva e outros (2009) existem uma classificação para o nascimento pré-termo, ou seja, o espontâneo caracterizado por causas idiopáticas, provocado pelo organismo materno aonde ocorre contrações no útero levando ao trabalho de parto; também o nascimento prematuro por indicação médica aonde o médico decide interromper a gestação quando identifica problemas na mulher ou no feto sem possibilidades de seguir a gestação. Há várias causas que podem levar o acontecimento do nascimento pré-termo como: fatores ambientais, socioeconômicas, características biológicas da mãe, acidente durante a gestação, pré-natal inadequado, características do feto entre outros. Em alguns países mantem pesquisas para prevalência dos nascimentos pré-termos, como também acompanhamento através do Sistema de informações dos Nascidos Vivos.

O nascimento prematuro envolve várias preocupações tanto por parte da estabilidade desse bebê dentro da unidade terapia intensiva neonatal, quanto para desenvolvimento futuro desse neonato, como também a visão dos pais. A preocupação de uma equipe multidisciplinar é no desenvolvimento que o recém-nascido pré-termo possa ter durante o seu período de internação, e outra preocupação quando esse neonato saí da fase período grave para a estabilização; os recursos tecnológicos e a equipe a cada tempo tem se atualizado mais e com desenvolvimento para atendimento aos prematuros. A fase da alimentação também mostra grande etapa por todos da equipe, como profissionais fonoaudiólogos e até mesmo a participação dos pais (PÊGO; MAIA, 2007).

O recém-nascido pré-termo dentro da UTIN necessita de vários cuidados dentro do atendimento, esses cuidados são bem específicos e cautelosos pelos profissionais atuantes, desde que o neonato sai do centro cirúrgico já existe critérios e protocolos para a sobrevivência do mesmo, o prematuro é recebido dentro do centro cirúrgico pela

equipe da UTIN, onde os mesmo envolve profissional medico, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas; essa equipe possui todo material de transporte para o atendimento seguro desse neonato, como incubadora de transporte aquecida, bala de oxigênio, estetoscópio, sacola plástica para proteção térmica do prematuro, bolsa máscara válvula, máscara, laringoscópio e lâmina, tubos, circuito de baby Puff , termômetro, luvas estéril, fixação de tubo, monitorização de oximetria de pulso entre outros. É de grande importância manter a temperatura do recém-nascido pois evita vários distúrbios como desequilíbrio de perda e produção de calor no organismo do mesmo (BRASIL, 2011).

De acordo com Cruvinel e Pauletti (2009) uma das atenções maiores dentro de toda gravidade no recém-nascido pré-termo é a implantação dos cuidados mais humanizados, os pais mesmo sabendo de toda dificuldade e o nascimento antes do esperado sempre tem uma visão daquele bebê lindo do jeito que imaginava, o primeiro contato é um pouco assustador pois dependendo do quadro clinico desse prematuro irá ter várias intervenções para atendimento das necessidades que esse neonato está apresentando ou passa a apresentar após os dias dentro desse tratamento; o emprego da humanização como o Método Canguru que aproxima o neonato com os pais e permitem que o mesmo tem uma regulação de temperatura com o contato direto com a pele dos pais.

O recém-nascido pode ser caracterizado como neonato, prematuro, prematuro extremo, recém-neonato ou recém-nascido de baixo peso. Assim sendo considerado RN até os seus 28º Dias de vida. Existe uma classificação dentro da idade gestacional, nascimento dos recém-natos e o peso. Sendo diferenciados os recém-nascido: deve ser considerado a termo todo neonato que nascer depois da 37º semana de gestação até a 41º semana e 6 dias. O neonato pré-termo são os que o nascimento acontece abaixo de 37º semanas de gestação. Os recém-nascidos pós termo ocorre nascimento com 42 semanas ou maior que isso. Existe também o RN de baixo peso, ou seja, aquele que nascer com o peso inferior a 2,500g. A uma percepção diferenciada pelos profissionais enfermeiros quanto a necessidade particular de cada um dos neonatos na fase dos 28 dias e até mesmo ao longo dos tratamentos que possam apresentar; e de grande importância o acompanhamento do enfermeiro para saúde do recém-nascido além dos cuidados nas primeiras horas de vida, esse profissional pode fazer acompanhamento desse neonato nas unidades de saúde, o

RN tem grande vulnerabilidade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2016).

Segundo Knobel (2005) o RN de muito baixo peso é considerado quando nasce menor que 1000g, aproximadamente a idade gestacional é inferior a 28 semanas. O peso é calculado pela idade gestacional através de uma correlação usando o percentil 50. Pela gravidade do peso ao nascer é de suprema importância que essas gestantes tenham o parto em serviços hospitalares que possui obstetrícia de alto risco como unidade terapia intensiva neonatal; assim tem maior chance de sobrevivência para esse RN, pois as UTIN têm todo suporte e preparo para atendimento e cuidados para suprir as necessidades do neonato. Durante o atendimento ao prematuro o mesmo pode apresentar vários fatores de necessidade, assim a equipe das Unidades terapia intensiva neonatal, já lida com alterações clínicas que preza pelo cuidado deles como suporte de reanimação na sala de parto, cuidados de estabilização e gerais dentro da UTIN, controle térmico, suporte ventilatório, acesso venoso (periférico, profundo, cateter umbilical), sondagens, monitorização contínua de oximetria entre outros.

A assistência neonatal ao RN de baixo peso envolve alguns aspectos particulares e específicos no controle de cuidados por parte de toda equipe; esses neonatos são considerados graves e instáveis. O prematuro de baixo peso apresenta em seu estado clínico, desequilíbrio de temperatura devido diversos fatores, alguns desses fatores são: escassos de tecido subcutâneo e menor massa corporal. Devido esse desequilíbrio térmico o neonato de baixo peso necessita de intervenções que ajude a não perder temperatura (RUGOLO, 2000).

Mediante a consideração do autor acima fica claro a diferença nas intervenções ao prestar atendimento de um neonato pré-termo ao comparar com um a termo; a prematuridade muitas vezes é acompanhada de imaturidades fisiológicas e necessidade de um atendimento considerado mais intensivo.

De acordo com (BRASIL, 2008) o nascimento a termo é aquele que ocorre com a idade gestacional acima de 37 semanas e menor que 42 semanas completas. O recém-nascido a termo normalmente são atendidos em unidades como berçários, realizados todos cuidados necessários e depois encaminhados a mãe.

Segundo Martins, Calil (2001) o nascimento pré-termo é aquele caracterizado prematuro que acontece antes da data provável do parto, ou seja, antes do termo;

sendo caracterizado o RN que tem nascimento com a idade inferior a 37 semanas gestacional. A prematuridade é dividida em 3 grupos e separadas de acordo com idade gestacional: Limítrofe (35 a 36/37 semanas), moderada (30 a 34/37 semanas), extrema (inferior a 30 semanas). A assistência dos profissionais de saúde é direcionada em relação a idade gestacional, diferenciando as gravidades de risco.

De acordo com Dutra (2006) o recém-nascido pode ser classificado de acordo com três origem a idade gestacional (pré-termo, a termo, pós-termo), peso (normal, baixo peso, muito baixo peso) e através o crescimento gestacional (apropriado para idade gestacional, pequeno para idade gestacional, grande para idade gestacional). O atendimento ao recém-nascido através da classificação fica mais específico e auxilia o profissional a traçar cuidados específicos durante o atendimento.

2.2 PREMATURIDADE E FATORES DE RISCO

A prematuridade é considerada um problema na vida dos neonatos, definida pelo nascimento antes da 37 semana de gestação. Quanto menor a idade gestacional e o peso a nascer mais riscos de mortes e complicações. Ressalta sobre as decisões do risco de partos prematuros comparados aos nascimentos a termos (MACHADO; PASSINI; JÚNIOR; ROSA, 2013).

Segundo Klossowski e outros (2016) o nascimento prematuro é considerado um problema de saúde pública ao se comparar as altas taxas de morbimortalidade infantil dos países desenvolvidos. Da ênfase a vida prematura e as necessidades integral que o neonato tem, os direitos da vida prematura, as conquistas como a ampliação da humanização o método canguru.

A prematuridade é um risco tanto na faixa de dias após ao nascer, como para desenvolvimento futuro do neonato. Na fase de crescimento algumas dificuldades o lactente ou a criança que nasceu prematura pode apresentar, são observadas pelos pais, acompanhamentos de estudos, consultas médicas entre outras. Os aspectos clínicos aparentes de dificuldade ocorrido devido fatores da prematuridade são dificuldades na linguagem, desenvolvimento motor, cognição e socialização. Há marcas de diferenciação de recém-nascido a termo comparado ao direcionamento de seu desenvolvimento normal, com as marcas e graus de dificuldades dos recém-nascidos prematuros apresentam (RODRIGUES; SILVA, 2011).

Segundo Gonzaga e outros (2016) as causas que provocam maior índice de óbitos nos recém-nascidos é correlacionadas com a prematuridade e o baixo peso ao nascer. Muitos fatores influenciam o parto prematuro, assim diversos estudos são realizados com base e análise de ocorrências da prematuridade. A falta de assistência do pré-natal dificulta a descoberta de algumas causas ou ocorrências na gestação podem ser tratadas ou amenizadas; durante o pré-natal o profissional através de avaliações e acompanhamentos pode intervir diminuindo o risco do parto ocorrer antes da idade gestacional prevista.

De acordo com Silveira e outros (2008) a prematuridade no Brasil tem um aumento bem considerado através de uma observação demográfica realizada nos centros urbanos; o aumento dos nascimentos prematuros, levou uma grande evolução para os estudos neonatais, assim alcançando melhoria no atendimento e cuidados especializados. Comparado com outros países como Estados Unidos e Dinamarca, o Brasil não é o único país que ao passar o tempo é surpreendido com o aumento dos partos antes da data gestacional prevista.

A prematuridade é causada por diversos fatores alguns deles são baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico, deficiências nutricionais, alimentação inadequada da gestante e a idade avançada materna. O baixo peso ao nascer tem uma das consequências da nutrição materna, os autores abordam retardo do crescimento intrauterino quando a ingesta materna é baixa e pobre em nutrientes. Uma das preocupações dos partos prematuros está relacionado ao seu acontecimento devido a um contexto mais complexo, visto que a causa é influenciada por fatores da saúde materna, como também problemas sociais (PESSOA, et al., 2015).

De acordo com Pizzani, Lopes e Martinez (2012) alguns fatores contribuem para risco da prematuridade e o baixo peso ao nascer, porém podem ser detectados antes de acontecer. A prematuridade tem sua definição a partir da idade gestacional, já o baixo peso ao nascer nem sempre acontece devido o nascimento antes das 37 semanas. Durante o período gestacional o pré-natal é essencial para avaliação da evolução gestacional, a idade gestacional tem como ser calculada por diversos fatores. Com o passar do tempo os avanços tecnológicos contribuíram com mais clarezas e melhores resoluções para cálculo gestacional; assim contribuindo também para a melhoria da detecção precoce da prematuridade/ baixo peso ao nascer. A prematuridade pode ser classificada por Limítrofe, moderada e extrema.

O nascimento pré-termo não tem uma causa definida, ocorre por diversos fatores. O parto prematuro pode ser vaginal ou cesariano, será definido por profissionais médicos ou pela situação clínica que a mulher apresenta durante atendimento. Algumas causas mais comuns são: infecções maternas, múltiplos partos, hipertensão, tabagismo, uso de drogas ilícitas na gravidez, baixo índice de massa corpórea, ganho de peso insuficiente, colo uterino curto entre outros. O parto prematuro tem sido um problema nos países desenvolvidos, levando danos na saúde das mulheres e bebês, esses prematuros podem ter sequelas graves mesmo com todo avanço da medicina (BETTIOL; BARBIERI; SILVA,2010).

Segundo Teixeira e outros (2017) é fundamental a importância das características materna de partos prematuros; desde a atenção básica a mulher pode receber princípios e cuidados que diminui as ocorrências dos nascimentos prematuros e os riscos da prematuridade. Os riscos dos partos prematuros têm relação com a saúde materna, falta de cuidados durante a gravidez, falta ativa de busca a saúde primária como acompanhamento do pré-natal.

Os prematuros ao longo do seu desenvolvimento podem apresentar algumas dificuldades devido aos fatores de risco relacionado ao seu nascimento antes do esperado; assim enfatizar o trabalho em cima dos riscos e cuidados preciso que a criança prematura necessita, torna-se uma das necessidades na prática de atuação do profissional de saúde. Na avaliação precoce dos riscos, enfatizando a atenção primária, secundária e terciária onde essa criança prematura pode apresentar algum tipo de dificuldades, as avaliações precoces contribuem para qualidade de vida e melhoria no desenvolvimento sendo ele, físico ou mental (PIZZANI, et al.,2012).

Conforme os autores citados acima a prematuridade deve ser tratada com visão na qualidade de vida dos neonatos, visto que influencia futuramente na vida e saúde dos mesmos.

Os cuidados a ser tomado quanto ao nascimento do RN pré-termo é extremamente importante para adaptação fisiológica e metabólica; já iniciam durante a sala de parto estabilizando o neonato, depois o mesmo é conduzido pela equipe a UTIN dentro de uma incubadora para transporte (MARTINS; CALIL; SACCUMAN, 2001).

De acordo com Kopelman (2006) a sobrevivência neonatal foi aumentada com auxílio dos avanços tecnológicos contribuindo para melhor assistência aos bebês prematuros; o

peso ao nascer é uma grande preocupação para os profissionais devido elevar a taxa de riscos e a maior necessidade metabólica. O atendimento aos neonatos entre 23 a 25 semanas de gestação com peso equivalente a 750 gramas tem um aumento considerado de sobrevivência.

2.3 O AMBIENTE NA UTIN

A UTIN é um setor direcionado a tratamento a pacientes considerados grave/risco; os graves são classificados por apresentar instabilidade por parte do seu sistema orgânico; já paciente de risco é aquele que tem uma instabilidade considerada de base que leva alterações ao seu sistema orgânico. Com passar do tempo essa unidade ganhou evolução científica e tecnológica reduzindo o nível de mortalidade infantil, contribuindo para sobrevida dos neonatos. Ao se pensar nesse ambiente deve ter cuidado minucioso para que seja planejado adequadamente colaborando para uma visão ampliada no sentido científica e humanizada. São compostas por equipes completas especializadas na amplitude do atendimento do recém-nascido pré-termo ou com alguma gravidade (DUTRA,2006).

Segundo Almeida, Barbosa e Cavalcante (2010) as UTINs devem ter uma infraestrutura com base nos atendimentos especializados aos neonatos prematuros ou com outras dificuldades como instabilidades hemodinâmica, distúrbios metabólicos, insuficiência respiratória, alterações de funções vitais, baixo peso ao nascer (pré-termos, PIG), recém-nascidos com necessidades de nutrição parenteral, cateterismos, cirurgias e entre outras necessidades clínicas. A coordenação da UTIN deve estar atenda tanto para o pré termo como para os diversos pacientes com necessidades de internação; sendo que a estrutura deve está adequada desde do ambiente físico, recursos de materiais e recursos humanos. A UTIN é dividida de acordo com grau de complexidade do paciente, unidade de cuidados intermediários e unidade de cuidados intensivos.

De acordo com Leone e Tronchin (2001) o serviço na UTIN requer planejamento, devido a uma organização qualificada mediada de recursos para oferecer atendimento à saúde neonatal, pois assim com mesmo consegue ter um ambiente com menor risco, melhor atendimento, proporciona qualidade no cuidado, segurança para equipe, consegue integrar à participação familiar do RN prematuro, estímulo ao afeto e

amamentação. Essa unidade é dividida de acordo com grau de complexidade do prematuro. O enfermeiro além de ter participação no planejamento e organização do ambiente, ele quem é o responsável na assistência, treinamentos, normas e rotina do setor, equipe de enfermagem e familiares dos prematuros.

O controle do ambiente da UTIN necessita de alguns cuidados como iluminação adequada do ambiente deixando as luzes acessas quando necessário o com foco menor, controle da temperatura, contato com o recém-nascido, manter silêncio evitando ruídos. A humanização na UTIN é considerada como um conforto para prematuro, pois devido ao nascimento antes do esperado acaba se encontrando em um ambiente diferente do útero (CRUVINEL; PAULETTI,2009).

A vivência da mãe em um ambiente novo é algo estranho e uma mistura de sentimentos, até mesmo de agregar que o prematuro precisa de toda aquela rotina; estar dentro de uma UTIN significa na visão das mães algo grande complexo e grave. No princípio do recebimento da mãe na unidade para ela é um choque e fator preocupante é a morte por esta no ambiente considerado para pessoas que precisam de atendimentos complexos/intensivos; a equipe além de todo cuidado ao neonato necessita da visão de ter a relação de vínculos entre as mães e os bebês e adequação dessa mãe nas normas e rotinas (COSTA; ARANTE; BRITO,2010).

Humanização é uma das práticas ao se pensar no cuidado dentro e fora das unidades hospitalares; cuidar do cliente requer de uma equipe além das práticas profissionais alto conhecimento sobre o que contribui ou não para recuperação. Atribuir medidas no ambiente de atendimento como as Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal, favorece a recuperação dos neonatos, diminuindo possíveis danos à saúde; para equipe de enfermagem torna-se adequação de uma construção ao ambiente de atendimento valorizando o ser humano (MARTINS, et al., 2011).

De acordo com Moreira e outros (2003) um dos primeiros passos que os pais devem ter durante a descoberta de uma gestação de risco, no qual pode provocar nascimento prematuro é procurar a conhecer os hospitais que prestam atendimento como de UTI neonatal, já passam a ter informações quanto ao atendimento do plano, como é o ambiente, número de atendimentos que já fizeram de prematuros, principais patologias atendidas, como funciona o trabalho da equipe principalmente se a plantão médico neonatologista é disponível 24 horas, se a equipe preza para conforto do neonato, ambiente durante rotina minimiza ruídos, se a cuidados da equipe para

redução do estresse e como é assistência oferecida aos pais e familiares. Uma das preocupações no atendimento da UTIN é o ambiente físico pois pode ocasionar estresse e dor ao prematuro uma das práticas para receber melhor esse bebê e os pais são medidas humanizadas: reduzir ruídos, iluminação, estresse, manipulação e ter cuidado com posicionamento do prematuro.

Segundo Ringer (2010) o parto prematuro deve ser preferencialmente realizado em hospitais que prestam assistência neonatal; a UTIN tem por função oferecer todo suporte adequado a sobrevivência do prematuro, sendo as primeiras horas de vidas mais críticas consideradas entre 24 a 48 horas; os neonatos podem apresentar vários desequilíbrios metabólicos. Assistência inclui sobrevivência, suporte ventilatório, líquidos e eletrólitos, suporte cardiovascular, transfusões sanguíneas, controle de infecção, suporte nutricional e outros.

Segundo Lima e outros (2013) existe uma preocupação por parte da abordagem materna e administração dos sentimentos no período do recebimento da notícia de um bebê prematuro; a assistência deve ser integrada tanto para o prematuro, mãe e acompanhantes. A UTIN na visão da mãe é um impacto, junto com vários sentimentos.

2.4 FISILOGIA DA DOR

De acordo com a Associação Internacional do Estudo da Dor (IASP) a dor é uma tradução da resposta individual de cada ser humano, sendo transmitidas como experiências seja ela sensorial ou emocional. Entretanto é parte de um sentimento gerado através de algo desagradável, considerada complexa fisiologicamente e provocada por vários fatores, podendo ser parte de uma defesa do próprio organismo (MARTELLI; ZAVARIZE,2015).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2004) a sensação da dor no sistema fisiológico do prematuro já é ativa, os órgãos como a pele, vísceras, músculos tem resposta através dos estímulos de receptores poli modais os mesmos são inervados por fibras classificadas como fibras nervosas (c). Para a respostas tátil a dor é ativada pelo organismo pelas fibras (AB) essas fibras no início da vida do neonato podem levar a respostas exageradas; pela imaturidade fisiológica as respostas desses receptores podem ser demoradas até chegar a sinapses dos neurônios. Os receptores sensoriais já são existentes desde a 7ª semana de gestação, assim se espalhando até

a na 20ª semana de gestação por todo o corpo. A maior parte dos neurônios são situados na medula espinhal, aonde ocorre a recepção e maturação das respostas nociceptivas; as vias corticais são consideradas como imaturas diante da resposta dor, não havendo impulsos dolorosos por ela até o SNC. Algumas consequências os recém-nascidos podem transparecer como avaliação clínica das respostas, como as mudanças do sistema cardiovascular e sistema respiratório.

De acordo com Turnage e Labrecque (2015) a resposta da dor é direcionada por receptores de nervos periféricos eles são desenvolvidos cedo e considerado ativos na fase de 22ª semana gestacional e para o estresse na 23ª semana gestacional; algumas respostas como endócrinas, estímulos nocivos são notados mais cedo. A avaliação da dor estresse no prematuro pode ocorrer através da alteração de alguns sinais: aumento da frequência cardíaca, pressão arterial e pressão intracraniana; pois quando ocorre o estímulo doloroso ou estressante o organismo do prematuro libera as catecolaminas circulantes que são neurotransmissores que fisiologicamente elaboram uma resposta de dor. Considerando que a falta de alterações no comportamento que são choro e movimentação não caracteriza que o recém-nascido não esteja com dor.

Os sentimentos de dor serão gerados de acordo com a expressão e direcionamento de cada cliente, a dor é algo que deve ser tratada e os profissionais devem valorizar a humanização (MARTELLI; ZAVARIZE, 2013). Existem duas classificações da dor a crônica caracteriza-se por ter um período de longa permanência ocasionado um descontrole do mecanismo endógeno, excitatórios e as vezes com a perda do sistema inibitório (SOUZA, 2009) já a dor aguda o tempo de reação é menor sua causa está associada a lesão tissular como traumatismo.

A dor neonatal é um grande problema para a saúde do prematuro, os profissionais das UTIN conseguem trazer a visão perplexa das atividades rotineiras. A internação desses neonatos é para favorecer a sobrevivência dos mesmos, porém o ambiente acaba sendo estressante desorganizado na visão do RN pré-termo, os procedimentos se tornam estressante e dolorosos. O sistema sensorial é imaturo apresenta dificuldades relacionadas a auto regulação. Na vida dos neonatos pré- termos prestar um cuidado em avaliação da dor exige muito do profissional atuante nas UTIN, são eles os primeiros a lidar com os descontroles de estresse, do estado comportamental e das respostas fisiológicas dos prematuros. A experiência e o conhecimento teórico por

parte dos profissionais interagem com uso de algumas práticas para alívios humanizados dentro dos cuidados, como o contato com o prematuro, contato dos pais com o bebê e o uso de sacarose para alívio da dor e do estresse (KLEIN; GASPARDO; LINHARES, 2011).

De acordo com Lawhon (2010) a dor pode ser colocada na ênfase daquele que presta o cuidado, o conhecimento da dor pelo indivíduo profissional. A dor do neonato pode ser dividida através de três fatores, receptor da dor, ou seja, quem recebe essa dor (prematuro), o causador da dor (Profissional) e quem observa essa dor (pais, outros profissionais). A dor é um aspecto subjetivo de cada ser humano, ao ser presente na vida rotineira dos trabalhos dos enfermeiros e profissionais, a mesma acaba refletindo de diversas maneiras na visão de prestar o cuidado ao prematuro sem sentir a dor por ele, assim provocando uma desorganização nos sentimentos do profissional. Além da dor o recém-nascido pode passar pelo estresse e alodínia. Para lidar com as diversas fazes de dor no neonato, deve preparar o mesmo com estruturas que promova um auto regulação por parte do ambiente que ele se encontra e o que vai levar ele a sentir dor; com bases em cuidados humanizados alguns contextos são traduzidos para redução da dor e do estresse, são usados diminuição da iluminação, uso de sacarose, cuidados na postura/manuseio, intervenções antes e após procedimento. Ao se comparar um neonato pré-termo com o a termo, a dor torna-se maior no prematuro devido ao prematuro ser mais susceptível e apresentar limiares menores.

O recém-nascido tem uma resposta fisiológica a dor bem antes do que se acreditavam com base nos estudos neonatais; os prematuros possuem os nervos periféricos ativos a partir da vigésima segunda semana de gestação, logo depois os receptores são ativos em outras partes do corpo fetal. Na vigésima terceira semana de gestação os receptores ao estresse do feto são ativos. Durante o desenvolvimento das terminações nervosas as mesmas possuem locais hipersensíveis levando uma resposta exagerada no sentido dor. A dor no recém-nascido pré-termo pode levar a várias alterações fisiológicas, sendo que essas alterações são refletidas como consequência da dor sofrida por esse neonato. A visão da dor no neonato, mostra mudanças do estado físico e clínico no presente e futuro na fase de criança com alterações comportamental e neurológicas (CLOHERTY; EICHENWALD; STARK, 2015).

Segundo Scochi e outros (2006) a dor tanto para o RN a termo como para o pré-termo, já é reconhecida através de vários estudos que comprovam a maturidade das vias sensoriais. A dor é uma abordagem de avaliação realizada por profissionais atuantes nas unidades de terapia intensiva; porém encontra-se um certo grau de dificuldades pela falta da verbalização dos pacientes, a resposta da dor no prematuro depende de alguns métodos e critérios para avaliação, sendo que os profissionais da enfermagem têm facilidade de realização da avaliação através do conhecimento científico e prático.

De acordo com Santos, Ribeiro e Santana (2012) a dor é avaliada através dos profissionais de enfermagem por alterações comportamentais e empírica; destacando a importância do uso da escala de dor por passar segurança e resposta adequada aos parâmetros que neonato vem sinalizando. Alguns sinais mais destacados pelos profissionais durante a avaliação é a mudança do choro e expressão facial. A análise clínica de um neonato prematuro com dor engloba vários cuidados antes mesmo das intervenções, como o ambiente a intensidade do choro e o causador.

A dor é uma concepção de sinais e sintomas avaliada através da resposta individual de cada paciente, enfermeiros e equipe de enfermagem estão mais tempo com os pacientes e conseguem perceber mudanças do estado comportamental e clínico com uma facilidade maior, mesmo a resposta no neonato ser não verbal. O prematuro ou recém-nascido com baixo peso que necessita de intervenções para sobreviver, são expostos a inúmeros procedimentos que são considerados causadores de dor; devido essa percepção por profissionais atuantes a utilização como a formalização do uso de escalas nas UTIN é de grande valia para capacitação de todos profissionais, favorecendo ao neonato alívio da dor ou estresse e tratamento adequado antes e após a cada intervenção que gera a dor (MARTINS; ENUMO; PAULA, 2016).

A avaliação da dor no neonato requer conhecimento científico e o uso de instrumentos adequados que auxilia os profissionais e direciona a falta verbalização do recém-nascido. Os profissionais que atuam na área de UTIN vivenciam rotineiramente o manejo da dor (NEVES; CORRÊA, 2008).

2.4.1 a dor, o estresse e sinais no prematuro

Segundo Mendes e outros (2013) os recém-nascidos pré-termos ou prematuros são capazes de sentir dor; a respostas dolorosa é avaliada por profissionais que prestam

os cuidados, a equipe de enfermagem passa mais tempo durante o atendimento e acreditam que o neonato tem a capacidade de sentir dor. Através de observações clínicas e conhecimento sobre aquele prematuro a avaliação de alterações dos seus parâmetros fisiológicos e comportamentais, resultam na transmissão de sinais referentes a dor. As dificuldades expostas foram a falta de embasamento científico para ação terapêutica frente ao sentimento de dor pelo prematuro, por mais que existe uma vivência profissional, não há escala de dor ou algum instrumento para avaliação da mesma. No percurso do cuidado zelam pelas práticas humanizadas.

Diante da posição dos autores acima o posicionamento é significativo de uma das características na intervenção realizada pela enfermagem referente a humanização. Humanizar é algo complexo e social iniciando desde do respeito; a descoberta da melhor posição para o neonato favorece tanto ao quadro clínico, alivia os sinais e sintomas e contribui para crescimento profissional.

A dor no prematuro pode ser manifestada de forma aguda por ser provocada por procedimentos relacionados aos cuidados por parte de necessidades do estado clínico. Na avaliação acerca da resposta dolorosa pode ser encontrado alterações como: aumento da frequência cardíaca, arterial e intracraniana. A respostas ocorre através dos neurotransmissores (TURNAGE; LABRECQUE,2015).

De acordo com Klein, Gasparido e Linhares (2011) o prematuro sente dor e atrapalha consequentemente no seu desenvolvimento, podendo ser um grande impacto no seu aspecto de reatividade; futuramente podem levar a criança reações que o incomode até mesmo ao seu temperamento. Os profissionais conseguem avaliar o prematuro com dor e estresse e aplicar medidas de prevenção e alívio, como a aproximação do vínculo com os pais que permite passar segurança, carinho, proteção e afeto.

O neonato sente dor e o conhecimento profissional é fundamental para avaliação e intervenção; a humanização das UTINs como a sensibilização da equipe de enfermagem frente ao recém-nascido com dor é de grande importância, tanto para os cuidados como ver a criança como um ser único e com formas diferentes de se expressar, não verbal (CHRISTOFFEL; SANTOS,2001).

De acordo com Batalhas, Santos e Guimarães (2003) ao prestar cuidado ao prematuro o profissional de enfermagem, necessita de um instrumento para que todos consigam avaliar o grau de dor apresentado; esse método auxilia a todos que exercem o

atendimento. O recém-nascido e qualquer indivíduo merece os melhores cuidados e boa aplicabilidade de um instrumento, que consiga atingir uma boa resposta para identificar e classificar. Os enfermeiros são profissionais capacitados com embasamento e conhecimentos científicos para usarem em sua prática escalas de dor frente a um prematuro.

Os profissionais de saúde conseguem perceber impactos de procedimentos que são considerados dolorosos, acabam estimulando a dor no prematuro e o estresse; a dor acaba sendo no RN difícil de ser expressada por não existe a forma de expressão verbal. A dor no prematuro é algo comum dentro da UTIN, porém à necessidade de protocolos para melhoria no atendimento ao prematuro com dor e a aplicação de medidas humanizadas (MENDES; et al., 2013).

Segundo Silva e outros (2007) os estudos já estão avançados e claros para os profissionais que o prematuro sente dor, existe a preocupação da implantação de medidas para uso específico dentro das UTIN que sirva com métodos para classificação da dor; é importante a adequação desses instrumentos que codifiquem a dor no neonato, para que assim seja tratada e haja intervenção por parte profissional, trazendo medidas aplicáveis na prática dentro dos cuidados ao prematuro pois são expostos a muitos procedimentos dolorosos. Esse instrumento é uma base científica fugindo das realidades empíricas.

De acordo com Santos e outros (2012) os profissionais de enfermagem acreditam que o prematuro sente dor, sabem avaliar através de alterações como sinais e sintomas, conhecem as escalas de dor; porém não atuam na avaliação da dor no prematuro de forma sistematizadas. Assim falta dos profissionais uma estrutura científica embasada no uso de instrumentos como escalas de dor, que se soma para avaliação correta e auxilia na intervenção e tratamento.

O choro pode ser considerado um dos sinais de dor, e as vezes não é possível intervir que o RN passa por procedimentos que são considerados causadores de dor, sendo uma das formas que o mesmo tem para expressar o seu sentimento. O neonato apresenta uma desregulação do seu estado emocional; algumas intervenções humanizadas da equipe de enfermagem auxiliam na autorregulação colaborando para acalento (BRANCO; FIKETE; RUGOLO, 2006).

De acordo com Brasil (2011) o RN pré-termo apresenta um gasto energético maior ao se compara com RN a termo, esse gasto acaba sendo direcionado a dois sistemas do organismo motor e autônomo, deixando os demais sistemas com pouca energia. O prematuro pode transmitir sinais de gasto energético através do estresse sofrido pelo corpo, alguns são manifestados como: palidez, cianose, pletora, bradicardia, alteração da frequência respiratória pode elevar ou diminuir, alteração motora, choro, sono. Os prematuros acabam sentindo dor ou estresse com maior frequência; para o profissional os sinais resultam em respostas aonde através da avaliação e exame físico, podem intervir e ajudar o neonato a se organizar.

A comunicação da dor no neonato é transmitida através de expressões, sinais, mudança de comportamento, choro entre outros. A forma de identificação por parte do profissional é através dos achados clínicos e manifestações que o RN transmite, que se torna uma soma de conhecimentos e respostas onde o profissional possa minimizar a dor e o estresse, assim contribuindo para um desenvolvimento saudável (GUINSBURG; CUENCA, 2010).

Segundo Neves e Côrrea (2008) para equipe de saúde o prematuro sente dor, e a dor pode ir além dos achados clínicos; considerando a importância do uso de escalas de dor para avaliação e tratamento correto. Uma das intervenções são as formas humanizadas realizadas antes e após aos procedimentos considerados causadores de dor.

De acordo com Santos, Ribeiro e Santana (2012) a dor no prematuro é identificada e considerada por parte dos profissionais; são usadas a aplicação de medidas não farmacológicas, mas há falta da forma sistematizada para método de ferramenta de avaliação, sendo assim a equipe de enfermagem precisa da adequação de escala de dor para aplicabilidade nos seus cuidados e melhoria na qualidade de saúde do neonato.

O estresse no prematuro é um sinal de desorganização sendo provocado por algum procedimento ou manipulação. O prematuro ele amadurece a sua atividade cerebral com um tempo, a idade de 32 semanas de gestação é considerada um período de reorganização fisiológica. Os neonatos pré-termos são estimulados por diversas formas e sons; assim registrando esses processos e ocorrendo uma desorganização. Durante um procedimento o profissional deve estar atendo aos sinais expressado pelo

neonato, tornando uma forma de avaliação para prestar intervenções necessárias (BRASIL, 2013).

Segundo Reichert, Lins e Collet (2007) a fase de internação é um fator muito estressante para o neonato, passam por diferentes tipos de exames que auxiliam na sua sobrevivência, contudo contribuem ao estresse. Os neonatos precisam se adequar a esse novo mundo diferente da vivência que tinham no útero.

2.5 HUMANIZAÇÃO

Segundo Lélis e outros (2011) o cuidado humanístico parte da percepção de uma humanização adequada dentro do setor de internação, os profissionais necessitam de proximidade com os neonatos, reconhecimento do estado clínico mudanças no ambiente e assim relacionar medidas que proporcione um ambiente com menor estresse e dor ao neonato prematuro. A enfermagem tem a capacidade de organizar o ambiente da UTIN proporcionando ao RN medidas que o traz tranquilidade, construídas através da evolução dos estudos da prática profissional. Essas medidas são humanizadas e usadas conforme procedimentos ou alterações clínicas dos neonatos.

A UTIN é uma forma de tratamento e cuidados aos RN de baixo peso, prematuros, patológicos ou com algumas necessidades clínicas. Os procedimentos para os tratamentos tornam-se para prematuro como uma resposta de estresse e dor. Ao prestar alguns tipos de procedimentos a equipe de enfermagem realiza alguns critérios de alívios com intervenções não farmacológica, dentre eles incluem adequação do ambiente com diminuição da luminosidade, usar tons de voz baixa, diminuir alarmes, posicionamento dos RN, mudança de decúbito, panos sobre incubadoras, uso de sucção não nutritiva, entre outros (AQUINO; CHRISTOFFEL,2010).

De acordo com Alves e outros (2011) é de fundamental importância o uso de escalas de dor, para adequação de medidas não farmacológicas; ressalta também que o uso de medidas como soluções adocicadas necessita de alguns cuidados como análise do quadro clínico, o RN não pode estar de dieta zero, como também avaliar o tipo de procedimento antes de fazer o uso, deixa claro que a acomodação e o respeito de algumas adequações para os neonatos são de grande valia dentro da UTIN. São

diversos procedimentos que muitas das vezes causam dores, por isso uma intervenção através de segmento por escala de dor intercala as medidas não farmacológicas.

Segundo Reicher, Lins e Collet (2007) a humanização é um aspecto social característico do respeito ao ser humano, o ambiente hospitalar é assustador para algumas pessoas, por tanto manter práticas adequadas que geram cuidados humanizados como diminuir o estresse e reduzir a exposição rotineira de que os neonatos passam na UTIN, torna-se um cuidado valorizado tanto em aspectos para melhoria da qualidade de vida, como passa segurança aos pais. A enfermagem é um dos pontos forte que contribui para todo esse tipo de cuidado, mantendo o vínculo dos pais com o bebê e facilitando a amplitude de humanizar em toda prática realizada no setor.

A não verbalização no neonato, levou o crescimento da enfermagem por abordagens de avaliação clínica e comportamental. A prática de avaliação da dor engloba diversas observações, sendo algumas qual tipo de alterações clínicas é sugestiva a dor e qual procedimento este neonato está sendo exposto; com isso a enfermagem na prática abordou diante de procedimentos o uso de medidas não farmacológicas quando algum procedimento proporciona desconforto, essas medidas alivia a resposta rápida ao estresse como também a dor; uma das intervenções usada é a sucção não nutritiva. A humanização parte de cada ação que torna o ambiente com mais respeito e adequada as necessidades (CRUZ, et al.,2013).

Segundo Oliveira, Vieira e Collet (2006) a assistência humanizada nas UTIN engloba o tratamento e necessidades clínica de cada paciente, o ambiente em si com recursos tecnológicos e materiais completos , o trabalho que a equipe realiza como a integralidade dos cuidados a dinâmica entre os profissionais, o emprego da assistência humanizada por parte da administração hospitalar, envolvimento de todos os tipos de profissionais atuante no tratamento dos neonatos e a implantação de não separar mãe e filho sendo que a equipe necessita da abordagem das mães para trazer ela a cada dia mais próximo do tratamento do seu filho e do apego com o mesmo.

De acordo com Lamy e outros (2005) o método canguru dentro das UTIN é de grande importância para o tratamento e desenvolvimento do neonato de baixo peso como também um foco em humanização dentro do período de internação; além do contato pele a pele de mãe com o bebê, diminui os danos causados pelo medo dos pais de

UTIN, facilita o entendimento psicológico da mulher em associar a importância do tratamento do seu filho, através do contato com neonato auxilia na descida do leite materno. O contato de mãe e filho diminui o risco de infecções e o recém-nascido desenvolve mais rápido.

A humanização parte de um emprego da assistência total dentro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, colocar em prática a humanização necessita de uma organização multifuncional pois tudo que engloba o atendimento tem que presar pela qualidade do cuidado. A assistência humanizada ao paciente necessita da participação da equipe multidisciplinar. Dentro da prestação dos cuidados estão algumas medidas como: contato mãe e filho (Método Canguru), a diminuição da iluminação, ruídos (aparelhos, sons altos como a própria voz do profissional), fazer os cuidados agrupados, toque, respeitar sono e repouso do recém-nascido, evitar uso de aparelhos que saem som como celular (MENON; MARTINS; DYNIEWICZ, 2008).

De acordo com Silva e outros (2013) para a equipe de enfermagem a humanização ainda é vista como a prática do cuidado e não como o ambiente completo que esse neonato se encontra em tratamento/UTIN; acredita-se que para o alcance de humanização não deve está em foco só da enfermagem, como também uma gestão que seja responsável por todo ambiente colocando a prática geral do serviço em prol do cuidado e práticas humanizadas. Por tanto a humanização dentro da visão de equipe prestadora de serviços humanizar é se colocar no lugar do outro, compreender suas necessidades e além disse a equipe multidisciplinar necessita de um comportamento bom com os outros para não interferi na prática, sendo que a humanização necessita de parti de todos.

Segundo Lima e outros (2013) a assistência deve ser integrada a mãe do neonato ou outras crianças que necessitam de tratamento na UTIN. A visão da mãe que tem o seu filho sendo internado ou em tratamento, engloba uma mistura de sentimentos e as vezes frustrações que as mesmas não sabem administrar e não conseguem se controlar; durante os cuidados ao seu filho acaba atrapalhando e deixando o afeto de lado. Pela UTIN ser considerada alto grau de complexidades as mães se sentem com medo do que irá encontrar ao ver o filho, muitas se assustam com os aparelhos necessários para o tratamento gerando desesperos; com isso é verídico a importância da assistência humanizada tanto a mãe como ao neonato. A humanização é um alcance por parte do tratamento tanto em aspecto social como de saúde.

A palavra humanizar envolve a parte de estrutura física do ambiente em si, humanizar tem a necessidade do vínculo de todos que prestam o cuidado e daquele que irá receber; o cuidado humanizado parte da ação e necessidade de cada paciente sendo ele neonato ou não, cuidar do próximo com olhar em todos sentidos necessários para a melhoria em saúde. Para o alcance de boas práticas em humanização são necessários treinamentos por parte dos profissionais, alcance para adequação da integralidade de cuidar do próximo (ROLIM; CARDOSO, 2006).

O afeto do recém-nascido com os pais é um dos contextos de zelar pela humanização na prática do cuidado, para os pais é um ambiente bem assustador e que uma certa distância do seu filho, já em parte para o neonato o afeto com os pais tranquiliza trazendo segurança e amenizando a dor e o estresse que o mesmo sente durante o período de internação. Quando os pais acompanham as práticas que são realizadas diretamente para tratamento do seu filho eles conseguem se adequar ao ambiente com facilidade, assim auxiliando na recuperação dos neonatos e proporcionando vínculos (CONZ, et al., 2009).

Ao pensar no cuidado humanizado a equipe precisa de um preparo para o recebimento dos familiares nessa fase de extrema importância, avalia o desespero dos mesmos, a ansiedade e inseguranças; já com acolhimento humanizado a equipe consegue manter um vínculo proporcionando bom afeto, assim ajudando na estrutura emocional dos pais ao ver a cada fase e cuidado desse tratamento (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

O enfermeiro em sua administração necessita de uma atenção maior para manter a qualidade de vida de um cliente e a humanização frente a todos cuidados, proporcionando uma recuperação com qualidade (ELER; JAQUES, 2006).

De acordo com Rocha e outros (2011) a equipe de enfermagem tem a necessidade de adequar ao ambiente da UTIN praticas humanizada diminuindo a expressão grosseria provocada pela rotina do setor. A assistência prestada ao prematuro deve estar voltada a mãe e filho, como também deve se zelar pela aproximação da família ao neonato. Apesar de ser ambiente para tratamento torna-se seguro e familiar, contribuindo para qualidade da prestação do atendimento. A participação da família no acompanhamento da internação é gratificante para recuperação e saúde do neonato.

2.5.1 O posicionamento do prematuro na UTIN

Segundo Moreira e outros (2003) a equipe deve estar atenta para proporcionar um posicionamento adequado/confortável ao prematuro, pois não possui força muscular suficiente para controlar seu corpo podendo ficar em posições inadequadas prejudicando futuramente seu desenvolvimento motor. Existe algumas dificuldades durante os cuidados ao posicionamento do neonato devido uso de diversos aparelhos, porém a equipe deve ser apta a oferecer esse cuidado na medida que consiga adequar posição confortável e uma boa postura.

De acordo com Toso e outros (2015) validar os procedimentos é uma forma no qual todos profissionais pratiquem os cuidados da mesma forma gerando o mesmo resultado; uma de suas preocupações é o posicionamento do recém-nascido na UTIN, com isso criou a partir de sua pesquisa um instrumento procedimento operacional padrão para o posicionamento, as posições são: decúbito dorsal ou posição supina (posição da cabeça linha média, adequa formação do crânio evita alongamento da cabeça), decúbito lateral (alinhamento da cabeça em relação ao tronco, posição considerada neutra) e decúbito ventral ou pronação (simula posição fetal, auxilia RN graves na expansão pulmonar). Os profissionais podem adequar a posição com uso de rolinhos e entre outros.

A posição prona é importante para os recém-nascidos pré-termo, sendo indicada a sincronismo toracoabdominal (OLIVEIRA; BRITTO; PARREIRA,2007).

Segundo Oliveira e outros (2009) a posição prona tem uma influência significativa quanto a saúde do prematuro, frente a coordenação toracoabdominal, transmite conforto e alívio.

A posição prona e o método mãe-canguru são eficazes frente a melhora fisiológica do prematuro. O método mãe-canguru é uma forma de contato e vínculo, proporciona estabilização; já a posição prona é positiva quanto a reposta pulmonar melhorando a saturação e frequência respiratória; gerando resposta de conforto/estabilização (OLMEDO, et al., 2012).

O método canguru permite a mãe um convívio bem próximo ao prematuro criando um vínculo e um apego maior ao seu bebê, referente ao neonato a posição traz conforto, ganho de peso, transmite tranquilidade e temperatura. A assistência voltada ao

método canguru é uma das formas de humanizar o ambiente transmitindo a mãe segurança e ao bebê inúmeros benefícios (SANTOS, et al., 2013).

O enfermeiro e sua equipe são os responsáveis pelo cuidado ao prematuro, o posicionamento deve ser rigorosamente aplicável na UTIN sendo um dos cuidados essencial para desenvolvimento fisiológico. A posição prona é uma das medidas adotadas com respostas positivas ao recém-nascido monitorizado (XAVIER, et al., 2012).

2.5.1.1 Sucção não-nutritiva

De acordo com os autores Pimenta e outros (2008) um dos cuidados mais aplicados na humanização dentro das UTINs é a sucção não nutritiva; tal medida não tem custo alto, gera bons resultados. Iniciou-se na forma da enfermagem olhar o neonato além das intervenções medicamentosas, favorecendo seu crescimento em virtude das medidas não farmacológicas.

O cuidado do prematuro é um desafio para a enfermagem, eles são expostos a inúmeros aparelhos de acordo com a necessidade clínica, acabam levando a resposta de dor ou estresse; umas das medidas aplicáveis pela enfermagem é a sucção não nutritiva, a explicação da funcionalidade de ofertar esse tipo de sucção é avaliada através da colocação do CPAP, aonde os prematuros têm respostas positivas (ANTUNES; NASCIMENTO,2013).

O estado clínico do RN deve ser considerado pois algumas malformações e alterações não resultando para avaliação e uso de medidas como sucção não-nutritiva; deve também ser considerado uma linear de peso e idade gestacional entre 1,400 a 1,800 gramas e de 30 a 35 semanas, pois os neonatos estão prontos para iniciar o estímulo e terá resultados na aplicabilidade dessa medida (CAETANO; FUJINAGA; SCOCHI, 2003).

A sucção não-nutritiva é importante na atenção e saúde do neonato prematuro, a equipe tem que estar sempre atenta a essa estimulação, em consideração ao seu benefício auxilia no neurodesenvolvimento e promove coordenação na sucção com bons resultados até mesmo para futura alimentação (PIMENTA, et al.,2008).

De acordo com Caetano, Fujinaga e Scochi (2003) o emprego da sucção não nutritiva promove desenvolvimento oral do RN pré-termo, uma das técnicas é através do dedo enluvado, porém não pode descartar outros cuidados que podem ser inseridos na saúde neonatal.

Segunda Silva, Chaves, Cardoso (2013) uma das medidas aplicáveis antes/ durante procedimentos dolorosos, é a estimulação da sucção não nutritiva através de uso de gazes com glicose de concentração a 25 %; essa medida resulta tranquilidade ao recém-nascido.

Diante de alguns procedimentos (punção arterial, punção lombar) dependendo do grau de intensidade realizados nos neonatos, os profissionais podem ter cuidado humanizado através da sucção não nutritiva; existem escalas para uso de instrumento avaliativo para auxílio profissional para aplicação de cada medida não farmacológica (TURNAGE; LABRECQUE, 2006).

2.5.2 Diminuição do ruído

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (1987) preconiza como normatização que os ambientes hospitalares os níveis de ruídos sejam entre 35-45 dBA, conforme a NBR 10152.

A importância do controle de nível de ruídos nas unidades hospitalares com estudo gerado dentro da UTIN, segundo Peixoto e outros (2011), fica claro para os profissionais atuantes que os clientes estão expostos a um nível de ruídos diário, necessita que haja adequação para redução de poluição sonora nesse setor no qual abrange uma área desde da estrutura até os procedimentos, para intervenção de diminuição dos níveis de ruídos, precisa de adequar equipamentos e treinar os profissionais atuantes.

De acordo com Daniele e outros (2011) é claro para os profissionais que na execução do trabalho geram níveis elevados de ruídos, destacável na pesquisa, os indicadores de produção de ruídos dentro da UTIN como conversas, aparelhos e alarmes; assim uma das fontes que podem adequar a redução de ruídos é adequação do ambiente proporcionando ambiente humanizado tanto para RN como para família e educação permanente.

O elevado nível de ruídos é uma grande poluição sonora na saúde dos neonatos, de acordo com os autores Kakehashi e outros (2007) os ruídos são gerados de várias fontes, tanto do ambiente em si, aparelhos e pelos profissionais; passando do valor permitido 35-45 dBA, trazendo malefícios a saúde neonatal. Existem intervenções nos cuidados que contribuem para o controle e diminuição sonora, como a mensuração diária de ruídos e a diminuição através de educação continuada.

Segundo Weich e outros (2011) a implantação de medidas de cuidados para redução de ruídos na UTIN é uma prática de sucesso, porém para sua eficácia depende da contribuição e conscientização por parte dos profissionais. O ruído gerado na UTIN contribui para risco de estresse ao neonato.

De acordo com Rodarte e outros (2005) uma das maneiras de cuidar da saúde dos neonatos é a redução de ruídos dentro das unidades de tratamento, um dos equipamentos mais usados para os prematuros são as incubadoras fornecem ambiente de sobrevivência, porém a manipulação da mesma gera um nível de ruído alto, desde dos equipamentos mais velhos até os mais novos. Os profissionais necessitam de manipular esse aparelho constantemente para prestar cuidados ao prematuro aonde ocorre a produção elevada de ruídos, uma das maneiras para que haja a redução de ruídos é a educação continua dos profissionais e manutenção preventiva das incubadoras; assim contribuindo para saúde e audição dos prematuros.

O uso de aparelhos que possa medir ruídos é essencial para ambientes hospitalares, como as UTIN, pois ajuda a ter um controle do ambiente em si e facilita os profissionais está atento a redução do mesmo; pois o alto nível de ruídos pode gerar vários danos ao prematuro (DIAS, et al., 2008).

Segundo Aurélio e Tochetto (2010) os níveis de ruídos são presentes dentro da UTIN gerado de diversas formas, são considerados prejudicial à saúde neonatal podendo levar a alguns danos do tipo fisiológicos até psicológicos. Ressalta a importância da normatização para controle de ruídos e assistência humanizada.

Um dos problemas dentro das UTIN é o desconforto ocasionado devido o som ruidoso, atrapalha desde do relaxamento do bebê até mesmo provocando perda auditiva. Para redução do nível de ruídos deve contar com a colaboração de todos profissionais atuante, os mesmos devem estar cientes de tal dano que pode levar ao neonato a ter

e com zelo praticar medidas como cuidados com portas, alarmes, telefones, radio e outros (MOREIRA, et al.,2003).

2.6 CONDUTAS NÃO FARMACOLÓGICAS

Os prematuros são expostos a uma grande rotina de exames para análise clínica e estabilização da saúde; um dos exames realizados é a punção arterial, os profissionais de enfermagem tem visão de dor, através das escalas de dor conseguem avaliar e colocar práticas medidas não farmacológicas para redução da dor neonatal, uma das intervenções é uso de chupeta feita com gaze adocicada com glicose 25 % para redução da dor durante a punção arterial (SILVA; CHAVES; CARDOSO, 2009).

De acordo com Lélis e outros (2011) com olhar humanizado na qualidade de vida e cuidados a prestar, o enfermeiro encontra medidas aplicáveis para redução da dor. Durante os cuidados aos prematuros o enfermeiro ver o desconforto sofrido pelos mesmos durante aos múltiplos momentos estressantes dentro da unidade terapia intensiva; assim preocupam-se em realizar boas práticas para intervenção da dor e o estresse do prematuro.

A humanização deve ser uma das grandes preocupações do enfermeiro frente ao cuidado de um cliente com dor, a dor deve ser tratada (MARTELLI; ZAVARIZE,2013).

A evolução dos estudos relacionados a possibilidade de o prematuro sentir dor, deixou bem claro para todos profissionais de saúde a capacidade do RN frente a temática dor; a dor é expressada deve ser identificada, avaliada e tratada com medidas cabíveis através de instrumentos científicos que transpareça o mesmo encontro de resposta pela equipe; sendo valido o uso das medidas não farmacológicas empregadas pelos enfermeiros dentro da UTIN. Destaca medidas humanizadas como banho de emersão trazendo diminuição da dor e acalento ao neonato, como também o uso de massagem, musicoterapia, LHO antes de procedimentos (CRÊNSCIO; ZANELATO; LEVENTHAL, 2009).

De acordo com Farias e outros (2010) uma das formas de avaliação ao neonato é a comunicação não verbal, o profissional necessita entender o neonato e saber traduzir as respostas; assim exigindo do profissional enfermeiro o contato com o mesmo. O enfermeiro deve adequar em sua prática de assistência a forma de atendimento

humanizado, ter vínculo a uma comunicação terapêutica acrescida do contato visual, posicionamento e atenção ao neonato.

O cuidar do prematuro na UTIN é organizar o ambiente proporcionando qualidade e assistência voltada a humanização; dentro desse setor alguns pontos podem ser realizados pelos profissionais enfermeiros e equipe transmitindo melhor conforto no atendimento ao neonato, a equipe deve se policiar quanto à diminuição de ruídos, sons, luminosidades, manter mínimo manuseio prematuros de incubadora, incentivar na prática o toque afetivo (MENON; MARTINS; DYNIEWICZ, 2008).

A posição do prematuro é um cuidado significativo pois transmite o conforto diminuindo o estresse (MOREIRA, et al., 2003).

Segundo Bueno, Kimura e Diniz (2009) é evidenciado o uso de algumas medidas não farmacológicas na prática e atuação da enfermagem, tais medidas como implementação do contato pele a pele, uso de LHO ou seio materno antes de procedimentos considerados dolorosos e o uso do método canguru.

As medidas não farmacológicas são consideradas como medidas que humaniza o ambiente de tratamento; o neonato é exposto a um ambiente considerado causador de dor e desconforto, apesar da necessidade do tratamento. Algumas das estratégias adotadas são a organização do ambiente considerando presença dos pais, redução de ruídos, diminuir uso de fitas, proporcionar um ciclo de organização de dia e noite, estimulação sensorial que diminui o estresse (toque, massagem, fala), sucção não nutritiva (reduz o desconforto, proporciona auto regulação), amamentação quando exposto a procedimentos dolorosos, contato pele a pele (MENEZES, 2006).

Segundo Cordeiro e Costa (2014) deve salientar aos profissionais de enfermagem a importância de proporcionar medidas que reduzam a dor/estresse como também desenvolverem protocolos de cuidados para participação e reconhecimento de toda equipe. Algumas práticas humanizadas realizadas aos recém-nascidos proporciona conforto e auxilia para intervenções da dor e estresse: posicionar, cuidados agrupados, dois profissionais para realização de procedimentos, reduzir luminosidade e ruídos. Usar escala de avaliação de dor, intervir e reavaliar depois da conduta tomada.

As soluções adocicadas são usadas para alívio das dores consideradas agudas ou provocadas por procedimentos, tal estudo ressalta não empregar uso de soluções

adocicadas a recém-nascidos que não estejam em dieta. A administração das soluções frente ao cuidado ao RN exposto a procedimentos deve ser usada com emprego de escala de dor; além do uso de soluções glicosada a cuidados que favorecem a redução da dor neonatal que podem ser usados como intervenções, canguru, manipulação mínima, respeitar o recém-nascido durante sono, organizar a realização dos procedimentos para período diurno (Alves, et al., 2011).

No que diz ao tratar ou aliviar a dor do prematuro, os autores Oliveira e outros (2011) descreve bons resultados em sua pesquisa quanto ao emprego de medidas não farmacológicas como uso de chupeta feita com gaze embebida de glicose e LHO, acalento e sucção não nutritiva.

De acordo com Motta e Cunha (2014) é essencial fornecer o cuidado humanizado aos pacientes das UTIN, pois tal ação reduz o risco do tempo do RN exposto a dor, algumas condutas a parti de sua revisão são usadas pelos profissionais de enfermagem tais como soluções adocicadas glicose/sacarose, sucção não nutritiva, contato pele a pele, contenção, amamentação.

Considerando a importância das medidas não farmacológicas, os autores Ramada, Almeida e Cunha (2013) o uso do toque terapêutico é essencial torna-se um cuidado eficaz no alívio da dor do neonato; além de ser uma forma humanizada permite o benefício em redução da dor e conforto, transmite uma forma de vínculo afetivo entre o recém-nascido e os familiares.

Segundo Gasparido, Linhares e Martinez (2005) a utilização da sacarose antes dos procedimentos considerados dolorosos (punções) tanto para RN pré-termo como a termo é um cuidado eficaz para alívio da dor neonatal.

A influência materna somada com o método canguru gera uma resposta positiva ao RN submetido a procedimentos causadores de dores agudas, transmitindo uma regulação da dor e o estresse sofrido pelo prematuro (CASTRAL, et al.,2012).

De acordo com Andrade e Guedes (2005) o método canguru para prematuro responde positivamente ao estresse, avaliados em dois grupos de prematuros de 33 semanas com o peso 1,702kg e 1,809kg; além da redução do estresse o prematuro ganha benefícios de contato pele a pele, vínculo com a mãe e melhora do quadro clínico.

2.7 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA UTIN

O prematuro possui uma enorme sensibilidade, os cuidados dentro da UTIN requerem cautelas, conhecimento científico por toda equipe. A pele do neonato prematuro possui enorme grau de sensibilidade é frágil devido sua imaturidade, assim exige do enfermeiro uma atenção dobrada desde do manuseio desde bebê até aplicação de algum produto, higiene e cuidados gerais (FERNANDES; OLIVEIRA; MACHADO, 2011), o toque terapêutico é benéfico ao prematuro com dor sendo essencial a aproximação do profissional enfermeiro (RAMADA; ALMEIDA, CUNHA, 2013).

De acordo com Brasil (2017) os cuidados ao RN são complexos, exige boa estrutura científica profissional e atualizações, o recém-nascido possui métodos de cuidados, uma das temáticas e conquista do cuidado neonatal é a humanização; desde que a mulher descobre a gravidez até alta existem políticas e planos de cuidados, e deveres por parte dos profissionais a cumprir. Ao neonato internado na UTIN, existe atenção do enfermeiro e de sua equipe quanto a importância do método canguru e a aproximação de vínculos dos recém-nascidos com seus familiares.

A atuação profissional na UTIN apesar do ambiente favorecer um trabalho de equipe e continuidade, o trabalho na prática acaba sendo um trabalho cooperativo e não de equipe; apesar de toda evolução da saúde neonatal, os profissionais ainda se deparam com a atuação através da visão biomédica. O enfermeiro é um profissional que possuem suas autonomias em alguns cuidados e particulares de sua função, porém dentro do setor UTIN possui série de dificuldades para essa administração, atua acerca das ordens médicas, conseguem articular alguns pontos sobre sua função que é atuação da equipe de enfermagem (GAÍVA; SCOCHI, 2004).

Segundo Silva e outros (2005) o ato de cuidar é algo complexo vai além da prática, prestar o cuidado, precisa ser baseado em toda história da vida humana, é algo essencial tanto ao que presta o cuidado como para aquele que vai receber. Ao lidar com o cuidado é algo complexo sai do material, passa ser uma visão voltada aos sentimentos de um paradigma que foge da visão política, e passa a ser uma visão complexa que melhora a saúde humana, contribuindo para um profissional capacitado. O profissional muda sua visão de formação, assim passa a ter um olhar ao próximo sem restrições, criando paradigmas melhores.

De acordo com Silva e Rocha (2011) apesar da permanência de alguns profissionais por períodos longos de atuação dentro da UTIN, os mesmos possuem a dificuldade de lidar com a perda e com a fragilidade dos diagnósticos sem terapêutica para cura;

porém conseguem presta todo cuidado ao neonato e sua família, usam práticas de humanização para amenizar a dor e o sofrimento durante procedimento. Os profissionais enfermeiros passam por abalos emocionais, sensações de frustrações e impotência.

O enfermeiro precisa fornecer atenção integral ao RN, a uma grande fragilidade dentro da UTIN, falta de estrutura de planejamento de cuidados ao RN e sua família, para os enfermeiros torna-se como uma barreira impedindo a melhor atuação. O enfermeiro possui uma grande importância desde a gestão, administração e cuidado dentro dessa unidade; assim necessita de planejamento nos cuidados e a colaboração de cada profissional. Cada profissional deve um ao outro se respeitar como também respeitar o seu espaço (MANTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011).

Na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal o cuidado refere-se em atender o neonato, porém a enfermagem deve estar atenta e prestar cuidados a família; devendo ter um preparo para fornecer essa assistência. O ambiente UTIN no olhar da família pode ser novo e um pouco assustador. A equipe de enfermagem e o enfermeiro em sua atuação devem criar vínculos da família com o bebê, a participação direta ou indiretamente aos cuidados, atentando-se ao apresenta-se a todos familiares que estejam chegando ao setor e aos outros familiares sempre prezar por um ambiente harmônico (ZEN; CECHETTO, 2008).

Segundo Barbosa (2014) o respeito do cuidado do enfermeiro e equipe de enfermagem ao recém-nascido possa ser acima de sua patologia, deve-se zelar pelo cuidado humanizado em virtude da saúde, do respeito e vínculo assistencial a família. A integralidade das medidas contribui para bons resultados no atendimento neonatal.

De acordo com Klock e Erdmann (2012) o cuidado de enfermagem dentro as UTIN, passa por grandes avanços tecnológicos e soma-se com a evolução das práticas da enfermagem, o cuidado ao recém-nascido é direcionado com as práticas humanizadas tornando-se o melhor possível; contudo lidando com a fragilidade da prematuridade.

A dor está presente na UTIN e os profissionais enfermeiros em sua atuação necessitam do uso de instrumentos para avaliar conforme as reações apresentadas pelo prematuro com dor; auxiliando no plano de cuidado para aplicar a medida cabível ao mesmo (PRESBYTERO; COSTA; SANTOS, 2010).

Mediante a descrição de Christoffel e outros (2017) é importante a atualização do conhecimento do enfermeiro diante da temática atender o RN com dor, assim contribuindo para melhor assistência e intervenção.

De acordo com Eles e Jaques (2006) é fundamental o enfermeiro no tratamento do paciente com dor; além das condutas para alívio a assistência é de forma integral, o enfermeiro tem um contato maior com o cliente e fornece medidas que somáveis para cuidados durante a internação e até mesmo para a alta. O planejamento para os cuidados específicos na dependência de cada paciente, resulta na qualidade de vida após necessidades hospitalares.

Segundo Durães e Oliveira (2017) o enfermeiro é o profissional mais apto a aplicabilidade das medidas não farmacológicas pela presença maior com o neonato; durante as intervenções humanizadas o seu significado tem um valor específico diante do cuidado, devido ao avanço dos estudos que comprovam a importância do uso no período da dor neonatal.

2.8 DIFICULDADES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO DA DOR

Segundo Christoffel e outros (2017) os profissionais conseguem fazer avaliação da dor, porém não possuem um critério de avaliação para toda equipe; o mesmo descreve em sua pesquisa certa dificuldade dentro da atuação de profissionais dentro da UTI neonatal. A avaliação da dor ocorre de forma individual por parte dos profissionais, os mesmos sabem passar o tipo de critérios que usam e as medidas não farmacológicas. Assim faltando uma estrutura por não agir em equipe, a falta de registros em prontuários, e uso de escalas de dor.

De acordo com Corrêa e Neves (2008) por mais que os profissionais pesquisados sejam capacitados para avaliar um neonato com dor, identifica que há ainda necessidades de melhorias na capacitação dos profissionais de saúde; o prematuro tem uma resposta não verbal, uma das dificuldades na prestação de cuidados específico como análise e intervenção da dor. Os profissionais na vivência prática usam intervenções antes dos procedimentos dolorosos nos neonatos como: uso de sucção não nutritiva como acalento e canguru contato pele a pele com os pais representa tranquilidade ao prematuro.

O enfermeiro além de gerenciar o ambiente da UTIN necessita dar assistência aos familiares, ao prematuro e sua equipe. O cuidado com neonato requer muito do profissional ele precisa ter um olhar além da estabilidade da saúde, como a administração da visão humana, da saúde psicossocial desse prematuro e de sua família. De maneira mais complexa o ambiente torna-se gratificante, mas o enfermeiro necessita de atualizações dos avanços tecnológicos que mantem a sobrevivência neonatal durante a internação; em torno da fragilidade de lidar com um prematuro o enfermeiro acaba desenvolvendo um aprendizado amplo e agrupando vários desenvolvimentos profissionais que se soma na atuação dentro da UTIN e na assistência prestada. A dificuldade é que cada profissional respeite o espaço do outro (KLOK; ERDMANN, 2012).

De acordo com Presbytero, Costa e Santos (2010) a avaliação da dor ainda é uma das dificuldades encontradas por parte da equipe ao prestar esse cuidado, não a uso de escala de dor na avaliação dos cuidados dentro do hospital pesquisado, os enfermeiros reconhecem que o RN sente dor devido as alterações comportamentais, fisiológicas e emocionais. Prestam alguns cuidados não farmacológicos por experiência, como também farmacológico de acordo com prescrição médica. Mas a necessidade de ter um critério para avaliação de por parte do enfermeiro.

Segundo Amaral e outros (2014) os enfermeiros e equipe de enfermagem acreditam que o prematuro sente dor, até mesmo mais do que o RN a termo; fazem uso de escala de dor e outras avaliações fora da escala. Para método de intervenção usam medidas não farmacológicas como posicionar o prematuro, uso de sucção não nutritiva e organização. A atualização é essencial para melhor avaliação e aplicabilidade das medidas não farmacológicas.

A equipe de enfermagem passa maior tempo com o recém-nascido devido ser a frente dos cuidados, a humanização é uma das práticas que maior se adequa para uma excelente assistência frente a dor neonatal; devido a maior exposição de procedimentos realizados nos neonatos dentro da UTIN, são realizadas medidas humanizadas pela enfermagem; por tanto a equipe necessita de uma ampla visão de conhecimentos para avaliar o neonato com dor (EDUARDO, et al.,2017).

De acordo com Mendes e outros (2013) para uma assistência adequada frente à avaliação do recém-nascido com dor a enfermagem precisa de capacitação e uso de protocolos de dor. Mesmo com a avaliação dos sinais subjetivos de dor evidenciados

pelos profissionais e a oferta da assistência humanizada, as escalas de dor auxiliam a todos terem a mesma avaliação e prestar medidas conforme a resposta dolorosa gerada. O enfermeiro é o responsável pelas condutas tomadas pela sua equipe e necessita de atenção nas dificuldades de sua equipe acerca do cuidado ao neonato.

Segundo Oliveira e outros (2011) o cuidado relacionado ao prematuro com dor se baseia em práticas associadas pela equipe de enfermagem dentro da unidade de terapia intensiva neonatal, a enfermagem realiza medidas que na prática mostra-se eficaz diante de uma avaliação do RN com dor ou exposto a procedimentos considerados dolorosos; falta uma estrutura com base científica para que todos profissionais possam dá seguimento as medidas não farmacológicas ,assim como saber usar em doses certas e protocolos para que todos tenha a mesma avaliação e intervenções.

A dor é uma das grandes preocupações para os profissionais atuantes em UTIN, pode ser considerada como 5º sinal vital nos neonatos, mas a avaliação correta da dor torna-se na prática uma dificuldade, a equipe de técnicos em enfermagem está bem presente na rotina de cuidados dos prematuros tem mais acesso ao ver algum tipo de alteração apresentada no estado clinico e físico, porém não tem buscas por conhecimento em base científica. Na prática a dificuldades do encontro para uso de um instrumento que seja adequado na avaliação ou até mais de um instrumento para uso por parte de todos profissionais para contribuir com uma assistência integrada ao recém-nascido com dor; promovendo intervenções e um desenvolvimento aos cuidados adequado a saúde neonatal (SCOCHI, et al., 2006).

Segundo Veronez e Corrêa (2010) os profissionais de enfermagem conseguem avaliar a dor no recém-nascido, acreditam que o neonato sente dor. Em base de administração dos cuidados, a deficiência vem desde da formação dos profissionais, não possuem aprendizagem durante o curso que colaborem com atuação na avaliação da dor; falta o uso de instrumentos que auxilia na avaliação por parte de todos os colaboradores frente ao neonato com dor. O uso de escala de dor proporciona aos profissionais de forma científica que a dor seja avaliada com os mesmos conceitos e princípios.

Os autores descrevem que apesar do autoconhecimento e da visão dos profissionais que o RN sente dor, cabe aos profissionais enfermeiros atualizações sobre a dor e

capacitações; assim diminuindo o risco do cuidado inadequado ao RN com dor (MARTINS, et al., 2013).

2.9 ESCALAS DE DOR

De acordo com Silva, Chaves e Cardoso (2009) as escalas de dor é um instrumento para que o profissional atue de forma adequada, conforme a resposta traduzida pelo neonato e a necessidade de intervenção.

Os autores Linhares e Doca (2010) acreditam que a dor é um sinal de alerta e deve-se intervir através de escalas, não existe o melhor instrumento e sim adequar a uma boa forma de avaliação/mensuração. A dor está correlacionada com vários aspectos desde do biológico até o comportamental; o profissional enfermeiro/saúde precisa estar atento a todo um contexto para avaliar a dor no neonato, o tipo de instrumento aplicar, como aplicar quais as intervenções necessárias farmacológicas e não farmacológicas.

A cerca da avaliação da dor é importante que seja realizada através de instrumento adequado; as escalas de dor como a Neonatal Infant Pain Scale- NIPS resulta em aspectos fisiológicos e comportamentais. O enfermeiro precisa ser o papel principal acerca da assistência e intervenções a saúde do neonato (CRUZ; STUM, 2011). NIPS é um instrumento próprio para o uso em RN pré-termo, a dor é avaliada através de resultados fisiológicos e comportamentais, alguns aspectos são considerados como o choro e padrão respiratório. A dor avaliada tem por característica ser aguda, ou seja, ela está relacionada com medidas necessárias para intervenções como intubação, aspiração gástrica e outras. O uso da escala deve ser baseado através de uma avaliação antes e depois dos procedimentos (SILVA; SILVA,2010).

A dificuldade dessa escala NIPS é aplicação em neonatos intubados devido à ausência do som do choro. Pode ser avaliada pela equipe de enfermagem junto com os sinais vitais e a dor é considerada quando a pontuação for igual ou maior que 4, de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2010).

Segundo os autores Silva e Silva (2010) existe inúmeras escalas de dor, cerca de 20 tipos de diferentes instrumentos. O instrumento a ser usado pode ser adequado através da classificação do neonato pré-termo ou a termo, diante da caracterização

da dor aguda/ crônica e intervenções utilizadas. Assim as escalas mais utilizadas para avaliação da dor neonatal são:

Échelle Douleur Inconfort Nouveau- né (EDIN) são usadas em neonatos com dor prolongada sendo pré-termos considerados graves, intubados ou pós cirúrgicos; esse instrumento auxilia o profissional avaliar e acompanhar por um tempo maior o comportamento do neonato e intervir de maneira adequada de acordo com os parâmetros. Alguns sinais avaliados são expressão facial e movimentos corporais. O enfermeiro é um profissional apto ao uso da aplicação dessa escala, sendo caracterizado dor quando a nota for maior que 7 pontos.

Behavioral Indicators of Infanti Pain (BIIP) essa escala pode ser usada em RN pré-termo tem por objetivo avaliar dor do tipo aguda provocada por venopunção; os sinais de alterações avaliados na mesma e mudança no estado de sono/vigília, dois diferentes movimentos nas mãos e outro. Um instrumento caracterizado por uso médico, a consideração de dor com nota acima de 5 pontos.

Premature Infanti Pain Profile (PIPP) a avaliação pode ser para neonatos pré-termo ou a termo, trata-se de instrumento que avalia a dor aguda ou prolongada; os sinais avaliados frequência cardíaca, saturação de oxigênio, expressão facial e outros.

Nepean Neonatal Intensive Care Unit Pain Assesment Tool (NNICUPAT) usada para RN pré-termos, avaliação de dor aguda provocada por procedimentos de rotinas dentro das UTIN; o instrumento se dá através de mudanças de sinais do neonato como frequência cárdica, frequência respiratória, cor da pele. Adequada a aplicação nos neonatos devido a exposição rotineira de inúmeros exames que são necessários para a sobrevida.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada no período de março a junho de 2018, sobre a temática: Medidas humanizadas para redução da dor neonatal, avaliadas pelo enfermeiro.

O estudo bibliográfico torna-se uma das melhores formas de reunir vários contextos abordados dentro da temática pesquisada, realizando assim um levantamento de artigos entre eles selecionando suas semelhanças e diferença. A abordagem e união dessas informações, auxilia no desenvolvimento e amplitudes de conhecimentos da enfermagem (SOUZA; SILVA; CARVALHO ,2010).

Identificou-se os estudos nos bancos de informações como livros, artigos, dissertações, monografias, base de dados SCIELO (Scientific Eletronic Library onLine), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), BDENF (Base de Dados de Enfermagem).

A pesquisa foi através da revisão de 94 artigos, 9 livros e manuais do Ministério da Saúde.

Utilizou-se como estratégia de busca os seguintes descritores: neonato prematuro, humanização, dor, enfermagem. Os textos selecionados correspondem ao período de 2000 a 2017. Os critérios de inclusão foram livros, artigos, textos completos publicados na língua portuguesa e inglesa. Os critérios de exclusão foram textos incompletos e publicações que não respondiam ao tema abordado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O tema exposto: Medidas humanizadas para redução da dor neonatal, avaliadas pelo enfermeiro. A abordagem desse assunto, foi realizada mediante a revisão bibliográfica que contribuiu para leitura e conhecimento da autora sobre diferentes tipos de pesquisas que correspondem ao interesse desse estudo.

Diante da avaliação dos artigos identificou-se 3 eixos temáticos: o estresse e a dor no prematuro referente aos sinais e sintomas, importância do enfermeiro no manejo da dor e o emprego das medidas não-farmacológicas.

A discussão desses estudos foi analisada de forma minuciosa, realizada através da leitura dos artigos, com a trajetória para o alcance dos objetivos dessa pesquisa. Ao abordar a saúde do neonato com dor, torna-se complexo devido à falta da não-verbalização.

A partir da análise dos conteúdos, foram selecionados 10 artigos que caracterizam ao encontro dos 3 eixos abordando resultados por diferentes autores, assim contribuindo na discussão da pesquisa.

Quadro 1- A distribuição dos artigos corresponde aos seguintes critérios: periódicos, título, autor, ano e considerações

(continua)

PERIÓDICOS	TÍTULO	AUTOR	ANO	CONSIDERAÇÕES
1- Revista Rene	Dor neonatal: Medidas não-farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem	AQUINO, F.M; CHRISTOFFEL, M.M.	2010	Intervenção da dor através de medidas não farmacológicas e cuidados da equipe de enfermagem
2- Escola Anna Nery	Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem.	OLIVEIRA, R.M, et al.	2011	Uso de medidas não farmacológicas pelos profissionais de enfermagem

Quadro 1- A distribuição dos artigos corresponde aos seguintes critérios: periódicos, título, autor, ano e considerações.

(continua)

3- Revista CEFAC	Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública.	KLOSSOSWISKI, D.G; GODÓOI, V.C; XAVIER, C.R; FUNJINAGA, C.I	2016	Cuidados ao prematuro dentro das práticas humanizadas do método canguru
4- Revista Brasileira de enfermagem	A sucção não nutritiva do recém-nascido prematuro como uma tecnologia de enfermagem.	ANTUNES, J.C.P; NASCIMENTO, M.A.L	2013	A sucção não nutritiva no manejo da dor realizada pela enfermagem
5- Rev. Latino-Am. Enfermagem	Atuação da enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal: entre o ideal, o real e o possível	MONTANHOLI, L.L; MERIGHI, M.A.B; JESUS, M.C.P.	2011	Atuação do enfermeiro nos cuidados do recém-nascido na UTIN
6- Revista Eletrônica de Enfermagem	Avaliação e alívio da dor no recém-nascido	CRESCÊNCIO P.E; ZANELATO, S. LEVENTHAL, S.C	2009	Avaliação da dor no recém-nascido pelo enfermeiro e medidas para alívio
7- Escola Anna Nery	Cuidado humanístico e percepções de enfermagem diante da dor do recém-nascido.	LÉIS, A.L.P, et al.	2011	Cuidados do enfermeiro ao recém-nascidos frente a procedimentos dolorosos
8- Acta Pediátrica Portuguesa	Dor em cuidados intensivos neonatais	BATALHA, L; SANTOS, L.A; GUIMARÃES, H;	2007	A dor nos cuidados intensivos e o tratamento
9- Escola Anna Nery	Equipe de enfermagem diante da dor do recém-nascido pré-termo	AMARAL, J.B, et al.	2014	Formas de avaliação e intervenções para RN pré-termo frente a dor

Quadro 1- A distribuição dos artigos corresponde aos seguintes critérios: periódicos, título, autor, ano e considerações.

(conclusão)

10-Revista Eletrônica de enfermagem	Humanização do Cuidado da UTI Neonatal	REICHERD, A.P.S; LINS, R.N; COLLET,N.	2007	Contribuição da enfermagem na assistência humanizada ao neonato
-------------------------------------	--	---------------------------------------	------	---

Fonte: Elaboração própria (2018).

4.1 Sinais e sintomas referente a dor e estresse no prematuro

Os art.3,5,6,8,9,10 relatam a UTIN com a visão que dá humanização dentro das ações que compõe o atendimento ao prematuro. A forma com que os profissionais atuam dentro desse setor pode aumentar o nível de estresse levando a piora no quadro; a diversas maneiras de humanizar sendo diretamente na forma dos cuidados ao RN e indiretamente na organização do setor. As medidas adequadas como cuidados com o excesso de manipulação, iluminação, poluição sonora, favorecem a humanização.

De acordo com os autores Turnage e Labrecque (2015) a dor no neonato a maioria das vezes é aguda, por ser considerada logo após o excesso de manuseio ou procedimentos. Uma das eficácias para minimizar os sinais e sintomas são a ação através das intervenções humanizadas tanto do ambiente como através de cuidados não farmacológicos.

O choro é uma das formas do prematuro expressar seus sinais e sintomas referente a dor e estresse, segundo os autores Branco, Fikete, Rugolo (2006) a avaliação deve ser realizada antes e após procedimentos, sendo que o choro na visão dos profissionais é interpretado de diversas formas pois o encontro de resposta está no tom e aspectos faciais.

Segundo Guinsburg, Cuenca (2010) devido à falta de comunicação verbal, o RN gera algumas mudanças físicas e fisiológicas contribuindo para a identificação de alteração como mudança do comportamento, agitação, choro, sinais vitais. O profissional deve estar atento e realizar uso de escala, não deixando de intervir através de medidas de acalento.

4.2 O ENFERMEIRO COMO RESPONSÁVEL NA HUMANIZAÇÃO

O enfermeiro é um dos responsáveis pelos cuidados ao RN, dentro das UTINs a importância da sua função profissional é destacável. O trabalho ocorre de várias formas, mas a visão de ambiente de internação deve ser vista de maneira complexa pelo profissional e tratável diante da humanização (DURÕES; OLIVEIRA, 2017).

Os neonatos passam a maior parte do tempo com a presença do enfermeiro em suas avaliações e cuidados, os autores dos art.1,3,6,7,10 descrevem a vivência a atuação do profissional como sua importância ao se pensar em uma assistência integrada. Os prematuros são submetidos ao um ambiente diferente da vida uterina, com um despreparo enorme para nova vida. A UTIN deve ser organizada sobre normas e gestão do enfermeiro, pois o mesmo tem a capacidade e conhecimento das necessidades reveladas pelo prematuro. O setor de internação humanizado precisa de diversas ações para tal alcance, como a colaboração desde os setores administrativos até os responsáveis pelos cuidados.

As práticas humanizadas não significam ser aplicadas diante de um cuidado ao prematuro, necessita da ação de todos os profissionais que compõe a equipe da UTIN sobre administração e treinamentos do enfermeiro. O setor deve ser conduzido pelos protocolos de implantação, educação continuada e supervisão do enfermeiro. A humanização é a igualdade da soma de diversas realizações de condutas profissionais, cuidados, intervenções e conscientização dos profissionais. O enfermeiro é fundamental na intervenção e avaliação do RN (ELER; JAQUES, 2006).

4.3 TRATAMENTO DA DOR COM AS MEDIDAS NÃO-FARMACOLÓGICAS

De acordo com o art. 2, a humanização e a forma de tratar o neonato com dor composta por práticas essenciais dentro das UTINs; a fase de internação exige muito do prematuro, o profissional deve estar apto a empregar e avaliar a dor e estresse. As intervenções usadas são técnicas consideradas não-farmacológicas, que possui por características cuidados adotados para minimização desses sinais e sintomas. Assim os art. 4,5,8,9, relatam as intervenções necessárias, o olhar do profissional de enfermagem quando o neonato que necessita de algum procedimento considerado

causador de dor, como também descrevem as medidas humanizadas usadas como tratamento.

A internação de um recém-nascido pré-termo na UTIN pode gerar diferentes situações causadoras de dor ou estresse; o neonato produz uma resposta através das mudanças do estado clínico, fisiológico e comportamental quando exposto a algum estimulante considerado doloroso, existe diversas formas de procedimentos, manipulações excessivas, patológicas, cirúrgicas. O lidar com a dor é algo complexo, mas ideal, quando a funcionalidade em cuidados para alívio. As intervenções humanizadas como: acalento, uso de chupetas feitas com gaze e glicose, sucção não nutritiva e leite humano ordenhado, são usadas após a avaliação e confirmação do neonato esteja com sinais de dor e estressado, também usadas frente aos procedimentos causadores de dor (OLIVEIRA, R.M, et al., 2011).

Os art. 4 e 6, pontua o uso das formas humanizadas que se iniciou através das práticas assistenciais da equipe de enfermagem. Tais cuidados são considerados amenizadores da dor neonatal. As práticas da equipe de enfermagem e saúde exige alto conhecimento para examinar o prematuro e promover a medida certa. O alívio da dor neonatal se traduz pela humanização dentro dos cuidados aplicados, portanto se faz necessário o uso de protocolos ou escalas que avaliam a dor.

Segundo os autores Olmedo e outros (2012) uma das formas mais eficaz de transmite conforto e qualidade na assistência é o uso do método mãe-canguru, permite ao prematuro contato pele a pele com a mãe, auxilia na temperatura, corresponde redução do estresse e uma forma de acalento. A posição prona tem uma grande funcionalidade em aspecto de melhora do quadro clínico e na organização postural do bebê.

O emprego da família e a participação dos pais aos cuidados do prematuro durante essa fase de internação, correspondem de maneira positiva, passa segurança, conforto e acalento (CONZ, et al.,2009).

De acordo com Pimenta e outros (2008) o uso de sucção não-nutritiva como intervenção antes e após procedimentos considerados causadores de dor, ameniza o sofrimento do neonato e auxilia na coordenação da sucção.

Segundo Silva, Chaves, Cardoso (2013) uma das medidas aplicadas consideradas positivas nos cuidados é o uso de glicose 25%, auxilia no acalento durante os

procedimentos estimulando a concentração do neonato para sucção, resultando em tranquilidade do mesmo e qualidade de vida.

Os autores Moreira e outros (2003) que a equipe deve se preocupar quanto ao nível de ruído pois o mesmo contribui para o estresse, dificulta o neonato se concentra diante da dor, podendo levar a danos futuros.

O cuidado com a iluminação deve ser adotado como humanização, pois gera impacto na saúde do neonato, alguns deles são: visão, desconforto, desorganização comportamental, contribuindo para aumento da dor e do estresse. Os profissionais devem respeitar o momento do soninho agrupando cuidados e administrando os focos de luz no ambiente (MENON; MARTINS; DYENIEWCZ, 2008).

Segundo Toso e outros (2015) o posicionamento do prematuro é essencial na prática profissional, resulta na estabilização clínica principalmente respiratória, ajuda na reorganização. Um dos mais aplicados é posição prona positivo em relação ao acalento, sono e melhora na ventilação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcançou seus objetivos propostos que dispunha descrever as medidas humanizadas para a redução da dor neonatal avaliadas pelos enfermeiros. O assunto é bastante abordado pelos autores. Observou-se a dificuldade da implantação de instrumentos dentro das UTINs e o conhecimento profissional sobre ao prematuro senti dor.

A investigação dessa pesquisa apresentou que as medidas não-farmacológicas são eficazes para redução da dor e do estresse no neonato prematuro, o uso é frequente por parte da equipe de enfermagem durante os cuidados, porém há falta do uso e conscientização quanto ao valor da implantação das escalas de dor. O cuidado humanizado na UTIN depende de educação continuada, educação dos profissionais e pais sobre influência do ambiente no tratamento. A realização de normas e rotinas por parte da gestão do profissional enfermeiro, contribuem para o uso de todos integrantes da equipe dentro do setor, resultando na humanização.

As medidas como controle de ruídos, iluminação, o enfermeiro frente a humanização, método mãe-canguru, a participação da família, sucção não nutritiva, emprego de glicose 25 % e o posicionamento foram destacáveis para realização do cuidado ao prematuro com dor e estresse.

Observou-se medidas para que os enfermeiros e equipe de enfermagem possam se qualificar, através de palestras e cursos, que contribuirá na atuação humanizada nas UTINs e na intervenção ao prematuro com dor.

Esse estudo contribui para a atuação do enfermeiro quanto a sua importância profissional, o emprego de medidas não-farmacológicas, implantação da educação continuada e o uso de instrumento de dor por parte de todos os profissionais.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. C. et al. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS). p.86-94. Junho 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rge/v33n2/13>>. Acesso em: 02 jun. 2018.
- ALMEDIDA, M. F; BARBOSA, A. D. M; CAVALCANTE, R. S. **Infraestrutura para o atendimento integral ao recém-nascido**. Membros do Conselho de Departamento de Neonatologia SBP. p.1-11, 2010. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/SBP-DC-Neo-Infraestrutura-integral-21nov2010aprovado.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2017.
- ALVES, C. O. et al. Emprego de soluções adocicadas no alívio da dor neonatal em recém-nascido prematuro: uma revisão integrativa. **Rev. Gaúcha enferm.**, Porto Alegre (RS), v.32, n.4, p.788-96, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400021. Acesso em: 06 mai. 2018.
- AMARAL, J.B e outros. Equipe de enfermagem diante da dor do recém-nascido pré-termo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**.v.18, n.2, p.241-246, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0241.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2018.
- ANTUNES, J.C.P; NASCIMENTO, M.A.L. A sucção não nutritiva do recém-nascido prematuro como uma tecnologia de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 5, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2670/267028883004/>>. Acesso em: 09 de mai. 2018.
- AQUINO, F.M; CHRISTOFFEL, M.M. Dor neonatal: medidas não farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem. **Rev. Rene**, v.11, n. especial, p.169-177, 2010. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a19v11esp_n4.pdf. Acesso em: 20 nov. 2017.
- ANDRADE, I.S.N; GUEDES, Z.C.F. Sucção do recém-nascido prematuro: comparação do método Mãe-Canguru com os cuidados tradicionais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 2005. Disponível em: <<http://vml029.epm.br/handle/11600/2434>>. Acesso em: 09 de mai. 2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Programa de atualização em enfermagem: saúde da criança e do adolescente**. Ciclo1, modulo 1. Porto Alegre. Artmed. 2006.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Nível de ruídos para conforto acústico**. Rio de Janeiro, 1987. Disponível em: <[Http://www.joaopessoa.pb.gov.br/portal/wp-content/uploads/2015/02/NBR_10152-1987-Conforto-Ac_stico.pdf](http://www.joaopessoa.pb.gov.br/portal/wp-content/uploads/2015/02/NBR_10152-1987-Conforto-Ac_stico.pdf)>. Acesso em: 06 de mai. 2018.

AURÉLIO, F. S; TOCHETTO, T.M. Ruído em uma unidade de terapia intensiva neonatal: mensuração e percepção de profissionais e pais. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28, n. 2, p. 162-169, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v28n2/v28n2a06.pdf>>. Acesso em: 06 de mai. 2018.

BATALHA, L; SANTOS, L.A; GUIMARÃES, H. Avaliação de dor e desconforto no recém-nascido. **Acta Pediátrica Portuguesa**, v. 34, n. 3, p. 159-163, 2003. Disponível em: <actapediatrica.spp.pt/article/download/5083/3850>. Acesso em: 26 abr. 2018.

BARBOSA, A. M. B. **Medicina neonatal: Atenção humanizada ao recém-nascido.** Rua do matoso, Tijuca, n.170- RJ. REVINTER. 2006.

BARBOSA, M.D. **Interação entre enfermeiro e família do recém-nascido em terapia intensiva: Humanização Cuidado.**In: Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde. Blucher Medical Proceedings, v.1, n.2. São Paulo: Editora Blucher, 2014. Disponível em: <<http://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/interao-entre-enfermeiro-e-familia-do-recm-nascido-em-terapia-intensiva-humanizacao-do-cuidado-9771>>. Acesso em: 16 abr. 2018.

BETTIOL, H; BARBIERI, M.A; SILVA, A.A.M. Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. **Rev. Brasileira Cinecol.**v.32, n.2, p.57-60,2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n2/v32n2a01.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

BRANCO, A; FEKETE, S.M.W.; RUGOLO, L.M.S.S. O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido: uma revisão. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 24, n. 3, p. 270-274, 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4060/406038917013.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

BRASIL. **Definições-DATASUS.**2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>>. Acesso em: 04 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da saúde. **Cuidados com o recém-nascidos pré-termo.** Guia para os profissionais de saúde. Brasília- DF ,2011. p.7-153. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v4.pdf>. Acessado em: 02 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru:** manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_ca nguru.pdf. Acesso em: 02 jun. 2018.

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

Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2018.

BUENO, M; KIMURA, A.F; DINIZ, C.S.G. Evidências científicas no controle da dor no período neonatal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 6, 2009. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v22/n6/v22n6a16.pdf>>. Acesso em: 03 de mai. 2018.

CAETANO, L.C.; FUJINAGA, C.I; SCOCHI, C.G.S. Sucção não nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. **Revista Latino-americana de enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 232-236, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a>>. Acesso em: 09 de mai. 2018.

CAPELLINI, V. K; DARÉ, M. F; CASTRAL, T.C; CHRSTOFFEL, M.M; LEITE, A.M; SCOCHI, C.G.S. Conhecimento e atitudes de profissionais de saúde sobre avaliação e manejo da dor. **Rev.eletr.Enf.**v.16, n.2, p.361-9, 2014. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/23611/17263>>. Acesso em:12 nov. 2017.

CASTRAL, T.C et al. Fatores maternos influenciam a resposta à dor e ao estresse do neonato em posição canguru. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 3, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a03v20n3.pdf>. Acesso em: 06 de mai. 2018.

CHRISTOFFEL, M.M, CASTRAL T.C, DARÉ M.F, MONTANHOLI, L.L, GOMES, A.L.M, SCOCHI, C.G.S. **Atitudes dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor neonatal**. Esc. Anna Nery, v.21, n.1, p.1-8,2017. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000100218&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 mar. 2018.

CHRISTOFFEL, M.M; SANTOS, R.S. A dor no recém-nascido e na criança. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 54, n. 1, p. 27-33, 2001. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v54n1/v54n1a04.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

CLOHERTY, J.P; EICHENWALD, E.C; STARK, A.R.2015. Controle da Dor e do Estresse. In: **Manual de neonatologia**. Rio de Janeiro: 6 ed. Ed. Guanabara Koogan,2010. p.704-708.

CONS, C.A, et al. Promoção de vínculo afetivo na unidade de terapia intensiva neonatal: um desafio para as enfermeiras. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.43, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3610/361033300016.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2017.

CORDEIRO, R.A; COSTA, R. Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 1, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00185.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2018.

COSTA, M.C.G; ARANTES, M.Q; BRITO, M.D.C. A UTI Neonatal sob a ótica das mães. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 698-704, 2010. Disponível em: < <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/7130/8492>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

CRESCÊNCIO, E. P; ZANELATO, S; LEVENTHAL, L.C. Avaliação alívio da dor no recém-nascido. **Rev. Eletr. Enf. Goiânia**, GO, rua 227, Qd.68, v.11n.1. p.64-69. 2009.Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a08.htm>>. Acesso em: 03 mai. 2018.

CRUVINEL, F.G; PAULETTI, C.M. Formas de atendimento humanizado ao recém-nascido pré-termo ou de baixo peso na unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão. **Caderno de pós-graduação em distúrbios do desenvolvimento**. São Paulo.v.9, n.1, p.102-125.2009. Disponível em: <http://www.mackenzie.com.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/Pos-Graduacao/Docs/Cadernos/Caderno_vol_8/2009.2Artigo_7_FORMAS_DE_ATENDIMENTO_HUMANIZADO_AO_RECEM_NASCIDO_PRE-TE>. Acesso em: 06 de nov. 2017.

CRUZ, D.C.S; SUMAM, N.S; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 4, p. 690-697, 2007. Disponível: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41672>>. Acesso em: 02 jun.2018.

CRUZ, C. T.; STUMM, E. M. F. Instrumentalização e implantação de escala para avaliação da dor em unidade de terapia intensiva neonatal: relato de casos. **Rev. Dor**, v.16, n.3, p.232-4,2015. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/rdor/v16n3/pt_1806-0013-rdor-16-03-0232.pdf. Acesso em: 02 jun. 2018.

DANIELE, D. et al. Reduzindo o nível de pressão sonora da unidade de terapia intensiva neonatal: estratégias adotadas pelos profissionais de saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 190-195, 2011. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/24>>. Acesso em; 06 de mai.2018.

DIAS, J. et al. **Desenvolvimento e construção de sistema eletrônico indicador de limiar máximo de ruído sonoro em uti neonatal**. XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, p.1-4,2008. Disponível em: <Http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2008/anais/arquivos/INIC/INIC0370_01_A.pdf>.Acesso em: 06 de mai.2018.

DUTRA, A. Assistência ao recém-nascido: In: **Medicina Neonatal**. Rio de Janeiro: Ed. Revinter,2006. p.105-146.

DUTRA, A. UTI neonatal: In: **Medicina Neonatal**. Rio de Janeiro: Ed. Revinter,2006. p.57-72.

DURÃES, I.M.R.S; OLIVEIRA, R.C. A assistência de enfermagem frente à dor no recém-nascido da unidade de terapia intensiva. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, v.

06, n. 06, p.58-68,2017. Disponível em: < <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2017/08/a-assist%C3%A0ncia-de-enfermagem-frente-a-dor-no-rec%C3%A9m-nascido-da-unidade-de-terapia-intensiva-v-6-n-6.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2018.

EDUARDO, L.S; et al. **Ações da enfermagem diante da dor do recém-nascido: revisão integrativa da literatura.** II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde.2017. Disponível em: <http://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD1_SA4_ID612_29042017132242.pdf>. Acesso em: 14 de abr. 2018.

ELER, G.J; JAQUES, A. E.O enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 10, n. 3, 2008. Disponível em: <<http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/viewFile/624/541>>. Acesso em: 01 jun.2018.

FARIAS, L.M e outros. Comunicação proxêmica entre a equipe de enfermagem e o recém-nascido na unidade neonatal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3240/324027970004/>>. Acesso em: 03 mai. 2018.

FERNANDES, J.D; OLIVEIRA, Z.N.P; MACHADO, M.C.R. **Prevenção e cuidados a pele da criança e do recém-nascido.** An Bras Dermatol, v.86, n. 1, p.102-110,2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a14.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2018.

GAÍVA, M.A.M; SCOCHI, C.G.S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em uti neonatal. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 469-76, 2004. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000300004&script=sci_abstract&tlng=eses>. Acesso em: 16 abr. 2018.

GASPARDO, C.M; LINHARES, M.B.M; MARTINEZ, F E. A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. **J Pediatr (Rio j)**, v. 81, n. 6, p. 435-442, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n6/v81n6a05.pdf>>. Acesso em: 06mai. 2018.

GONZAGA, I.C.A e outros. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, 2016. Disponível: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1965.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2018.

GUINSBURG, R; CUENCA, M.C. A linguagem da dor no recém-nascido. **São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria**, p.1-12, 2010. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/doc_linguagem-da-dor-out2010.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2018.

GUIMARÃES, A.L.O; VIEIRA, M.R.R. **Conhecimentos e atitudes de enfermagem de uma unidade neonatal em relação à dor no recém-nascido.** Arq. Ciênc. Saúde. [S. l] v.15, n.1, p.9-12, jan. /mar. 2008. Disponível

em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=516787&indexSearch=ID>>. Acesso em: 26 set. 2017.

KAKEHASHI, T.Y e outros. Nível de ruído em unidade de terapia intensiva neonatal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 4, 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3070/307026615012/>>. Acesso em: 06 de mai. 2018.

KLOK, P; ERDMANN, A.L. Cuidando do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.46, n.11, p.45-51, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a06>>. Acesso em: 16 abr. 2018.

KLOSSOSWISKI, D.G; GODÓI, V.C, XAVIER, C.R; FUJINAGA, C.I. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. **Rev. CEFAC**, v.18, n.1, p.137-150. Jan-fev,2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462016000100137&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em:08 nov. 2017.

KLEIN, V.C; GASPARDO, C.M; LINHARES, M.B.M. **Dor, autor regulação e temperamento em recém-nascidos pré-termo de alto risco**. Psicologia: reflexão e crítica. Porto Alegre, 2011 v. 24, n.3, p.504-512. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v24n3/a11v24n3.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2017.

KNOBEL, ELIAS. **Pediatria e Neonatologia**. São Paulo: Atheneu. 2005.

KOPELMAN, B.I. Princípio éticos em neonatologia. In: **Medicina neonatal**. Rio de Janeiro: Ed. Revinter. 2006. p.03-31.

LAMY, Z.C; GOMES, M.A.S.M; GIANINI, N.O.M; HENNIG, M.A.S. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira**. Ciência e Saúde coletiva, v. 10, n. 3, p.659-668, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a22v10n3>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

LAWHON, G. **Dor no recém-nascido**. 7º simpósio de neonatologia, Rio de Janeiro,2010, p.1-8,24 a 26 de junho. Disponível em: <www.paulomargotto.com.br/documentos/Dor_no_recem_nascido_2010.doc>. Acesso em: 10 nov. 2017.

LÉLIS, A. I. P. A, e outros. **Cuidados humanístico e percepções de enfermagem diante da dor do recém-nascido**. Esc. Anna Nery (impr.). V.15, n.4, p.694-700, outubro 2011. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400006>. Acessado em: 23 set. 2017.

LEONE, C.R; TRONCHIN, D.M.R. **Assistência integrada ao recém-nascido**. 1 ed. rua Jesuíno Pascoal, n.30, São Paulo. ATHENEU.2001.

LIMA, A. C, e outros. Sentimentos maternos frente à hospitalização de um recém-nascido em uma UTI neonatal. **Ver. Fac. Ciênc. Méd.**, Sorocaba, v. 15, n.4, p.112-115,2013. Disponível em:

<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/15163/pdf>. Acesso em: 15 nov. 2017.

MACHADO, L.C.M; PASSINE JÚNIOR, R.P; ROSA, I.R.M. **Prematuridade tardia: uma revisão sistemática**. Rio de Janeiro, 2014, v.90, p.221-231, 15 agosto 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572014000300221&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 08 de nov. 2017.

MARTELLI, A; ZAVARIZE, S.F. Vias nociceptivas da dor e seus impactos nas atividades da vida diária. **Uniciências**, v. 17, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/uniciencias/article/view/515/484>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

MARTINS, C.F.et al. Unidade de terapia intensiva neonatal: o papel da enfermagem na construção de um ambiente terapêutico. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.1, n.2, p.268-276, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/44/126>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

MARTINS, S.W. et al. Avaliação e controle da dor por enfermeiras de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. dor**, v. 14, n. 1, p. 21-26, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v14n1/v14n1a06.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2018.

MARTINS, W.S; ENUMO S. R. F; PAULA K.M.P. Manejo da dor neonatal; influências de fatores psicológicos e organizacionais. **Estudo de psicologia**. Campinas. V.33, n.04, p.634-644, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2016000400633&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 30 set. 2017.

MARTINS, V; CALL, L.T. **Caracterização do recém-nascido pré-termo**. In: LEONE, C. R; TRONCHIN, D.M.R. Assistência integrada ao recém-nascido. Ed. 1º. São Paulo: Ed. Atheneu, 2001.p.79-95.

MARTINS, V; CALL, L.T; SACCUMAN, E. **Assistência ao recém-nascido pré-termo**. In: LEONE, C. R; TRONCHIN, D.M.R. Assistência integrada ao recém-nascido. Ed. 1º. São Paulo: Ed. Atheneu, 2001.p.97-114.

MENDES, C.L; e outros. A dor no recém-nascido na unidade de terapia neonatal. **Rev. Enferm. UFPE**.v.7, n.11, p.6446-54, 2013. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8528/1/2013_art_fcfontenele.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2018.

MENEZES, M.S. Dor no recém-nascido: técnicas não farmacológicas no controle da dor. In: CALVANI, I.L; CANTINHO, F.A.F; ASSAD, A. **Medicina Peri operatória**.5º. Rio de Janeiro. SAERJ, 2006. p. 1-1206.

MENON, D. MARTINS, A.P; DYNIEWICZ, A.M. Condições de conforto do paciente internado em UTI neonatal. **Cadernos da Escola de Saúde**, v. 1, n. 1, 2017. Disponível em:

<<http://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernossaude/article/viewFile/2244/1817>>. Acesso em: 03 mai. 2018.

MONTONHOLI, L.L; MERIGUI, M.A.B; JESUS, M.C.P. Atuação da enfermeira na unidade terapia intensiva neonatal: entre o ideal, o real e o impossível. **Revista Latino-am enfermagem**. v. 19, n.2, p.1-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_11>. Acesso em: 16 abr. 2018.

MOREIRA, M.E.L. et al. Conhecendo uma UTI Neonatal.In: MOREIRA, M.E.L.; BRAGA, N.A; MORSCH, D. S. **Quando a vida começa diferente**: o bebê e sal família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ,2003. p. 29-42.

MOTTA, G.C.P; CUNHA, M.L. C. Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 68, n. 1, p. 131-5, 2015. Disponível em: < <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/117307>>. Acesso em: 06 mai. 2018.

NEVES, F.A.M; CORRÊA, D.A.M. Dor em recém-nascidos: A percepção da equipe de saúde. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.7, n.4, p.461-467, 2008 out-dez. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6626/3905>. Acesso em: 19 nov.2017.

OLIVEIRA, B.R.G; LOPES, T.A; COLLET, N. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na uti neonatal e o cuidado humanizado. **Texto e contexto enfermagem**, Florianópolis, v.15, n. (Esp.), p.105-113, 2006. Disponível em: <[Http://www.redalyc.org/pdf/714/71414366012.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/714/71414366012.pdf)>. Acesso em: 18 nov. 2017.

OLIVEIRA, T.G; BRITTO, R.; PARREIRA, V.F. Efeito do posicionamento prono e supino na função respiratória de recém-nascidos pré-termo: uma revisão bibliográfica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 73-76, 2007. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/316>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

OLIVEIRA e outros. Implementação de medidas para alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. **Esc. Anna Nery**. v.15, n.2, p.277-283,2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a09.pdf>>. Acesso em: 06 mai. 2018.

OLIVEIRA, T.G. et al. Posição prona e diminuição da assincronia toracoabdominal em recém-nascidos prematuros. **Jornal de Pediatria**, v. 85, n. 5, 2009. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/html/3997/399738172013/>>. Acesso em: 09 de mai.2018.

OLMEDO, M.D.et al. Respostas fisiológicas de recém-nascidos pré-termo submetidos ao Método Mãe-Canguru e a posição prona. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 19, n. 2, p. 115-121, 2012. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/fpusp/article/view/45555>>. Acesso em:09 de mai.2018.

PÊGO, J.A; MAIA, S.M. A importância do ambiente no desenvolvimento do recém-nascido pré- termo. **Distúrbio Comum**. São Paulo. v.39 n.50. p.39-50. Abril 2007.

Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/11844>>. Acesso em: 06 out. 2017.

PEIXOTO, P.V e outros. Nível de pressão sonora em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3610/361033332005/>>. Acesso em: 06 de mai. 2018.

PESSOA, T. A. O. et al. O crescimento e desenvolvimento frente à prematuridade e baixo peso ao nascer. **Avances en Enfermería**, v. 33, n. 3, p. 401-411, 2015. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-769056>. Acesso em: 02 jun. 2018.

PIMENTA, H.P. et al. Efeitos da sucção não-nutritiva e da estimulação oral nas taxas de amamentação em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso ao nascer: um ensaio clínico randomizado. **Jornal de Pediatria**, v. 84, n. 5, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3997/399738165008/>>. Acesso em: 09 de mai. 2018.

PIZZANI, L. et al. A detecção precoce dos fatores de risco relacionados à prematuridade e suas implicações para educação especial. **Revista Educação Especial**.v.25, n.44, p.545-62, 2012. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/revistaeducacaoespecial>>. Acesso em: 04 abr. 2018.

PRESBYTERO, R; COSTA, M.L. V; SANTOS, R.C.S. Os enfermeiros da unidade neonatal frente ao recém-nascido com dor. **Rev. Rene**. Fortaleza. V.11, n.1, p.125-132,2010. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/355/pdf>. > Acesso em: 03 mai. 2018.

RAMADA, N.C.O; ALMEIDA, F.A; CUNHA, M.L.R. Toque terapêutico: influência nos parâmetros vitais de recém-nascidos. **Einstein**. São Paulo, v. 11, n. 4, p. 421-425, 2013. Disponível: < http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/2530-421-425_PORT.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2018.

REICHERT, A.P. S; LINS, R.N. P; COLLET, N. Humanização do cuidado da uti neonatal. **Revista eletrônica de enfermagem** [S. l]. v.09, n.01, p.200-213. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>>. Acesso em: 28 set. 2017.

REIS, L.S. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrico. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.34, n.2, p.118-124,2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/26556/26046>>. Acesso em: 19 nov. 2017.

RINGER, S.A. **Assistência do recém-nascido de extremamente baixo peso ao nascer**. In: CLOHERTY, J. P; EIRCHENWALD, E.C; STARK, A.R. Manual de neonatologia. ed. 6°. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2010.

ROCHA, R.S; e outros. Promoção do cuidado humanizado à família pela equipe de enfermagem na unidade neonatal. **Revista Rene**, v.12, n.03, p.502-9,2003. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/comocitar.ou?id=324027976008>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

RODARTE, M.D.O. e outros. O ruído gerado durante a manipulação das incubadoras: implicações para o cuidado de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 79-85, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a13>>. Acesso em: 06 de mai. 2018.

RODRIGUÊS, O.M.P.R; SILVA, A.T.B. Efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento dos lactentes. **Rev. Bra. Crescimento Desenvolvimento Hum.** São Paulo,2011, v.21, n.1, p.111-121. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/20000/22086>>. Acesso em: 03 mai. 2018.

ROLIM, K.M.C, CARDOSO, M.V.L.M.L. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre atenção humanizada. **Rev. Latino-am enfermagem**, v. 14, n.1, p. 85-92, jan. -fev.2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2212/2328>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

RUGOLO, L.M.S.S. Manual de neonatologia. 2º ed. São Paulo. Revinter.2000.
SANTOS, M. L; RIBEIRO, I. S; SANTANA, R.C.B. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**v.65. n.2. p.269-275 Brasília 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200011&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em:25 set. 2017.

SANTOS, L.M; e outros. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 1, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/04.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

SANTOS, L.M et al. Percepção materna sobre o contato pele a pele com o prematuro através da posição canguru. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/5057/505750897031/>>. Acesso em: 09 de mai. 2018.

SCLOWITZ, I.K.T; SANTOS, I.S.S. Fatores de risco na recorrência do baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intrauterino e nascimento pré-termo em sucessivas gestações: um estudo de revisão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.22, n.6, p.1129-1136, junho 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/02.pdf>. Acesso em:30 out. 2017.

SCOCHI, C.G. S; CARLETTI, M; NUNES, R; FURTADO, M.C.C; LEITE, A.M. A dor na unidade neonatal sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem se um hospital de Ribeirão Preto-São Paulo.**Rev.Bras.Enferm.**v.59, n.2, p.188-94, mar-abr. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n2/a13>>. Acesso em:10 nov. 2017.

SILVA, A.M.R; ALMEIDA, M.F; MATSUO, T; SOARES, D.A. Fatores de risco para nascimento pré-termo. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro v.25, n.10, p.2125-2138, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n10/04.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2017.

SILVA, LW. S e outros. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re) descoberta na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n.4, p.471-5,2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000400018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em:16 abr. 2018.

SILVA, M. T; CHAVES, E.M.C; CARDOSO, M.V.L.M.L. Dor sofrida pelo recém-nascido durante a punção arterial. Esc. Anna Nery. **Revista de Enfermagem**. v.13, n.04, p.726-32,2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000400006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 abr.2018.

SILVA, M.K.G; ROCHA, S.S.O significado de cuidar do recém-nascido sem possibilidade de terapêutica curativa. **Revista Rene**, v.12, n.1, p.97-103,2011. Disponível em: < http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a13v12n1.pdf>. Acesso em:16 abr. 2018.

SILVA, T.P; SILVA, L.J. Escalas de avaliação da dor utilizadas no recém-nascido: Revisão sistemática. **Acta Med. Port.**, v. 23, p. 437-454, 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Tiago_Pereira-da-Silva/publication/45285200_Pain_scales_used_in_the_newborn_infant_A_systematic_review/links/00463528e7c0a7c2e1000000.pdf >. Acesso em: 01 jun. 2018.

SILVA, T.M; CHAVES, E.M.C; CARDOSO, M. V. L. M. Dor sofrida pelo recém-nascido durante a punção arterial. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 13, n. 4, p. 726-32, 2009. Disponível me:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a06>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

SILVA, Y. P; e outros. Avaliação da dor em Neonatologia * Pain evaluation in neonatology. **Revista brasileira de anestesiologia**, v. 57, n. 5, p. 565-574, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942007000500012>. Acesso em: 26 abr. 2018.

SILVEIRA, M.F; SANTOS, I.S; BARROS, A.J. D; MATIJASEVICHE, A; BARROS, F.C; VECTORA, C.G. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Rev. Saúde Pública**.v.42, n.5, p. 957-64, 2008.Disponível em: <[Http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500023)>. Acesso em: 9 nov. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Programa de atualização em neonatologia**. Porto alegre, Mod.3, ciclo 3. Artmed.2004.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa**: o que é e como fazer. Einstein, v.8, n1Pt1, p.102-6. 2010.Disponível em:

<<http://astresmetodologias.com/material/o-uqe-e-RIL.pdf>>. Acesso em :26 mar. 2018.

SOUZA, J.B. Poderia a atividade física induzir analgesia em pacientes com dor crônica. **Rev. bras. med. esporte**, v. 15, n. 2, p. 145-150, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v15n2/v15n2a13.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

TASSINARY, R.F; HAHN, G.V. Intervenções de enfermagem para o alívio da dor em recém-nascidos. **Pediat. Mod. [periódico na internet]**, v.49, n.06, p.219-226, 2013. Disponível em:< <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-691717>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

TEIXEIRA, G.A; e outros. Características maternas partos prematuros. **Revista de Enfermagem atual**.v.81, p.19-23, 2017. Disponível em: <http://revistaenfermagematual.com.br/revistas/revista_19-02.pdf>. Acesso em:04 abr.2018.

TOSO, B.R.G.O. e outros. Validação de protocolo de posicionamento de recém-nascido em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 6, p. 1147-1153, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000601147&script=sci_abstract&lng=es>. Acesso em 09 de mai.2018.

TURNAGE, C.S; LABRECQUE. Prevenção e tratamento da dor e do estresse em recém-nascidos na unidade de terapia intensiva neonatal. In: CLOHERTY, J.P; EICHENWALD, E.C; STARK, A.R. **Manual de Neonatologia**. ed. 7°. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan,2015. p.934-942.

VERONEZ, M; CORRÊA, D.A.M. A dor e o recém-nascido de risco: percepção dos profissionais de enfermagem. **Rev. Cogitare Enferm.**, v.15, n.2, p.263-270, 2010. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/17859/11652>>. Acesso em: 16 de abr. 2018.

WEICH, T.M. et al. Eficácia de um programa para redução de ruído em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 23, n. 3, p. 327-334, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n3/v23n3a11>>. Acesso em: 06 de mai. 2018.

XAVIER, S. O. et al. Estratégias de posicionamento do recém-nascido prematuro: reflexões para o cuidado de enfermagem neonatal. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 6, p. 814-818, 2013. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6036>. Acesso em: 09 de mai. 2018.

ZEN, N.L; CECHETTO, F.H. Assistência de enfermagem à família em unidade de tratamento intensivo neonatal: um estudo de revisão da literatura. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v. 18, n. 2, p. 83-9,2008. Disponível em: <Http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdfrevista/vol8n2/v.8_n.2art4.revi-assistencia-de-enfermagem-a-familia-em-uti-neonatal.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2018.

