



FACULDADE DE INHUMAS
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DE INHUMAS

CURSO DE ENFERMAGEM

CLÁUDIA HELENA DINIZ
LORRÂNY FURTADO SANTOS
MARIA CRISTINA FERREIRA DE SOUZA

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE A
DOR E AO ESTRESSE DO RECÉM-NASCIDO EM UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

INHUMAS-GO

2016

**CLÁUDIA HELENA DINIZ
LORRÂNY FURTADO SANTOS
MARIA CRISTINA FERREIRA DE SOUZA**

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE A
DOR E AO ESTRESSE DO RECÉM-NASCIDO EM UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Inhumas (FacMais), como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Professor(a) orientador(a): Profa. Esp.
Adriana de Paula Mendonça Brandão

INHUMAS – GO

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
BIBLIOTECA FACMAIS

D585h

DINIZ, Cláudia Helena

Humanização da assistência de enfermagem frente á dor e ao estresse do recém-nascido em unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão de literatura/Cláudia Helena Diniz; Lorrâny Furtado Santos; Maria Cristina Ferreira de Souza.– Inhumas-Go, 2016.

64f.: il.

Orientador: Prof.^a Esp. Adriana de P. M. Brandão.

Monografia (Graduação em Enfermagem) - Centro de Educação Superior de Inhumas - FacMais, 2016.

Inclui bibliografia.

1. Assistência de enfermagem; 2. Humanização; 3. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; 4. Estresse neonatal; 5. Dor no neonato. I. Título.

CDU:616-053.2

**CLÁUDIA HELENA DINIZ
LORRÂNY FURTADO SANTOS
MARIA CRISTINA FERREIRA DE SOUZA**

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE A DOR E AO
ESTRESSE DO RECÉM-NASCIDO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS ALUNOS

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Faculdade de Inhumas (FacMais) como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Inhumas, 21 de novembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Esp. Adriana de Paula Mendonça Brandão - FACMAIS
(Orientadora e Presidente)

Prof.^a Ms. Murielly Marques - FACMAIS
(Membro)

Prof.^a Esp. Mariana Moles de Freitas - FACMAIS
(Membro)

Dedicamos este TCC a Deus, por ser essencial em nossas vidas, sem Ele não teríamos forças para enfrentar essa longa trajetória.

Aos nossos pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional, nas horas difíceis, de desânimo e cansaço.

Aos nossos amigos, companheiros de trabalhos e irmãos na amizade, que fizeram parte da nossa formação.

Aos nossos companheiros, pela especial e carinhosa força, nos apoiando e encorajando nos momentos de dificuldades.

Aos nossos filhos que embora não tivessem conhecimento disto, mas iluminaram de maneira especial os nossos pensamentos nos levando a buscar mais conhecimentos.

O mundo por mudar as coisas, por nunca as fazer serem da mesma forma, pois assim não teríamos a pesquisa, o descobrir e o que fazer, pois através disto conseguimos concluir a nossa Monografia.

Agradecemos primeiramente, A Deus por possibilitar a realização de nossos planos e sonhos. Toda a gratidão por ser nosso Pai nos momentos de alegria, por ser o caminho nos momentos de incertezas e por ser o refúgio nos momentos necessários. Confiamos que continuarás a conduzir nossos passos em direção à Tua vontade perfeita e soberana.

À nossa Orientadora Professora Adriana de Paula Mendonça Brandão, pela orientação, apoio e confiança.

À Coordenadora do curso de Enfermagem Professora Iasmirine Olinto A. Leão, pelo convívio, pela compreensão e pela amizade.

Aos professores do curso, pela importância nas nossas vidas acadêmicas e no desenvolvimento desta monografia.

À professora Murielly Marques, pelos ensinamentos, sugestões e o prazer em fazer parte da nossa banca examinadora.

Consagre ao senhor tudo o que você faz, e os seus planos serão bem sucedidos.

Provérbios 16:3

RESUMO

A dor é um sintoma que faz parte do cotidiano dos recém-nascidos principalmente prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, devido ao grande número de procedimentos dolorosos invasivos e não invasivos a que estes são submetidos durante sua internação, sendo um importante gerador de estresse. A impossibilidade de verbalização do RN dificulta o tratamento ou conduta terapêutica, necessitando dos parâmetros fisiológicos e comportamentais para serem identificados. O estresse significa um conjunto de reações do organismo a agressões de origens diversas, capaz de perturbar o equilíbrio interno dos neonatos. Nas UTIN's os RN's estão altamente vulneráveis e necessitam de cuidados de enfermagem especiais e contínuos, o que exige dos profissionais grande conhecimento científico, habilidade técnica e humanização da assistência aos mesmos. O **objetivo** geral deste trabalho é identificar os procedimentos que influenciam no agravo da dor e no estresse sofrido pelos recém-nascidos em UTIN. E o objetivo específico é caracterizar as ações de enfermagem para humanização da assistência ao RN na UTIN. A **metodologia** ocorreu através de uma revisão integrativa da literatura, por meio de levantamento bibliográfico em material eletrônico nas bases de dados da Biblioteca virtual de saúde (BVS), especialmente nas bases do LILACS, BDEnf e MEDLINE em busca de artigos nacionais nos anos de 2006 a 2016. Nos **resultados** confirmou-se a existência dos fatores estressantes desencadeadores de dor como, ruído, manipulação excessiva, iluminação ambiente e procedimentos invasivos que interferem no processo de crescimento e desenvolvimento do RN. Os profissionais de Enfermagem apresentam dificuldades para empregar escalas comportamentais e fisiológicas que monitoram o estresse neonatal e mantem rotinas que visam sua redução. A realização do cuidado humanizado no âmbito da UTIN ainda é um desafio, sendo grandes as dificuldades e os obstáculos encontrados por profissionais no processo de trabalho por ser um ambiente complexo e gerador de estresse não só para os RN, mas também aos pais e aos profissionais. **Concluindo-se** que há diversidade e dificuldade ao realizar a humanização, onde os profissionais precisam de maiores conhecimentos sobre os cuidados com o neonato em situações dolorosas e estressantes, sendo necessário a implantação de protocolos de avaliação da dor e treinamento da equipe, contribuindo para a humanização da assistência.

Palavras-chave: Assistência de enfermagem. Humanização. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Estresse neonatal. Dor no neonato.

ABSTRACT

Pain is a symptom that is part of the daily life of the mainly premature neonates hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit, due to the large number of invasive and non-invasive pain procedures that they undergo during their hospitalization, being an important stress generator. The impossibility of verbalization of the NB makes it difficult to treat or conduct therapy, requiring the physiological and behavioral parameters to be identified. Stress means a set of reactions of the organism to aggressions of diverse origins, capable of disturbing the internal balance of neonates. In NICUs the NBs are highly vulnerable and require special and continuous nursing care, which requires professionals to have a great scientific knowledge, technical ability and humanization of care. The general objective of this study is to identify procedures that influence the pain and stress of newborns in NICUs. And the specific **objective** is to characterize the nursing actions for the humanization of NB care in the NICU. The **methodology** was carried out through an integrative review of the literature, by means of a bibliographical survey in electronic material in the databases of the Virtual Health Library (VHL), especially in the databases of LILACS, BDEnf and MEDLINE in search of national articles in the years of 2006 To 2016. The **results** confirmed the existence of stress-inducing factors such as noise, excessive manipulation, ambient lighting and invasive procedures that interfere in the process of growth and development of the NB. Nursing professionals present difficulties to use behavioral and physiological scales that monitor neonatal stress and maintain routines that aim at their reduction. The realization of humanized care in the scope of the NICU is still a challenge, and the difficulties and obstacles encountered by professionals in the work process are great because it is a complex and stressful environment not only for the NB but also for parents and professionals. It is **concluded** that there is diversity and difficulty in achieving humanization, where professionals need greater knowledge about neonatal care in painful and stressful situations, and it is necessary to implement protocols for pain assessment and training of the team, contributing to the Humanization of care

Keywords: Nursing care. Humanization. Neonatal Intensive Care Unit. Neonatal stress. Pain in the newborn.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Distribuição quantitativa das bibliografias encontradas na BVC nas bases de dados, como critérios de inclusão/selecionadas e exclusão, entre os anos de 2006 a 2016, idioma Português.....36
- Figura 2.** Alterações Fisiológicas e Comportamentais no processo de Dor nos RN's internados em UTIN.....43
- Figura 3.** Procedimentos desencadeadores de Dor no RN como Invasivos e não Invasivos nas UTN.....44
- Figura 4.** Medidas farmacológicas usadas para prevenção e tratamento do alívio da dor no RN internado em UTIN.....45
- Figura 5.** Fatores desencadeadores de Estresses no RN internado em UTIN.....48
- Figura 6.** Descrição da Assistência Humanizada da equipe de Enfermagem ao RN internado na UTIN.....51

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1. Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (NFCS).....	26
Quadro 2. Escala de Dor para Recém-Nascido (NIPS).....	27
Quadro 3. Escala do perfil de Dor para Recém-Nascido Prematuro (PIPP).....	27
Quadro 4. Distribuição quantitativa das bibliografias de acordo com os descritores nas bases de dados LILACS, BDNF e MEDLINE, entre os anos de 2006 a 2016, idioma Português.....	37
Quadro 5. Artigos relacionados ao tema, segundo autor, título, ano, objetivo dos autores e resultados, distribuídos por ordem cronológica referente aos anos de 2006 a 2016.....	38

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABP	Academia Brasileira de Pediatria
ACTH	Hormônio Adrenocorticotrófico
ADC	Hormônio Antidiurético
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
bpm	Batimentos Por Minuto
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DECS	Descritores
dB	decibéis
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
FC	Frequência Cardíaca
FIO²	Fração Inspirada de Oxigênio
g	Gamas
GM	Gabinete do Ministro
GO	Goiás
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	Idade Gestacional
Leq	Nível de Pressão Equivalente
LFMax	Nível Máximo de Pressão Sonora
LILACS	Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências em Saúde
Lux	Unidade de Iluminamento do Sistema Internacional
MEDLINE	Medical Literature Analyses and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
NBR	Normas Técnicas Relacionadas à Iluminância
NIPS	Neonatal Infant Pain Scale
NFCS	Neonatal Facial Coding System
NPS	Nível de Pressão Sonora
OMS	Organização Mundial de Saúde
Pág.	Página
PIPP	Premature Infant Pain Profile
PNH	Política Nacional de Humanização

POP	Protocolo Operacional Padrão
RJ	Rio de Janeiro
RN	Recém-nascido
RN's	Recém-nascidos
REM	Rapid Eye Movement ou Movimento Rápido do Olho
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBED	Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor
SCIELO	Scientific Electronic Libray Online
Seg.	Segundo
Sem.	Semana
SP	São Paulo
SPO²	Saturação do Oxigênio no Sangue
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 HISTÓRICO.....	18
3.2 ADAPTAÇÕES FISIOLÓGICAS DO NEONATO.....	20
3.3 AVALIAÇÃO DA DOR NO RECÉM- NASCIDO.....	23
3.4 ESTRESSE ENFRENTADO PELO RECÉM-NASCIDO ADMITIDO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.....	28
3.5 ASSISTÊNCIA HUMANIZADA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AOS RN's NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.....	31
4 METODOLOGIA DA PESQUISA	35
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	35
4.2 CRITÉRIOS E ELEGIBILIDADE.....	35
4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS.....	37
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
6 CONSIDERAÇÕES FINAL	53
REFERÊNCIAS	55

INTRODUÇÃO

O cuidado direcionado a saúde do RN (recém-nascido) caracteriza-se a partir do final do século XIX, como prolongamento das técnicas obstétricas que tiveram a intenção de proteger os neonatos contra infecções, mantendo sua vitalidade (KAMADA *et al.*, 2003). A neonatologia foi um termo que surgiu no século XX, sendo os cuidados voltados para os recém-nascidos originados na França (BRAGA; SENA, 2013).

Assim a partir da segunda metade do século XX inovações tecnológicas adentram ambiente hospitalar proporcionando um melhor atendimento aos neonatos, possibilitando um aumento na sobrevivência dos mesmos (COSTA; PADILHA, 2010). Contudo nos últimos 30 anos com o surgimento das UTIN (Unidades de Terapia Intensiva Neonatal) se tornaram um ambiente terapêutico, provido de tecnologias e de equipe interdisciplinar altamente capacitada para atender o RN de risco (BUENO *et al.*, 2007).

Segundo Richert *et al.* (2007), relatam que em uma UTIN existe uma gama de aparelhos tecnológicos, assim este local fornece uma experiência ao RN bastante diferenciada a vida intrauterina, pois os recém-nascidos não estavam acostumados com ambientes com luminosidade, ruídos, modificações na temperatura, tornando para eles um fator estressante além de várias realizações de procedimentos e avaliações, proporcionando desconforto, dor e desencadeado estresse aos neonatos.

Com o nascimento o RN sofre mudanças fisiológicas, pois o útero materno oferece ao feto proteção a exposição de fatores desencadeadores de dor e estresse (PINTO *et al.*, 2008). Para Martins *et al.* (2011) a dor no RN é proveniente de procedimentos dolorosos, alterando a frequência respiratória e cardíaca, fazendo com que o sistema endócrino libere hormônios afetando assim a homeostasia do mesmo. Em crianças que ainda não verbalizam, o reconhecimento da dor é feito de forma indireta, com base em indicadores comportamentais e fisiológicos.

A disponibilidade de métodos para avaliação da dor no RN é a base para o seu tratamento adequado. As alterações no neonato em presença de dor são expressas pela expressão facial, caretas, choro, tremores entre outros sinais físicos. É possível observar alterações fisiológicas como sudorese palmar, alterações na pressão arterial e pressão intracraniana e dosagem de hormônios alterados. As

medidas de dor têm sido organizadas em escalas e validadas para utilização na prática clínica. Atualmente, existem publicadas muitas escalas, baseadas em diversos indicadores de dor, para serem utilizadas em circunstâncias diversas (GAIVA, 2000).

Durante o período de internação em UTIN o RN se depara com vários fatores que causa estresse, por ser um ambiente com inúmeros aparelhos, sendo: incubadoras; respiradores; monitores cardíacos; oximêtria e pulso; aspiradores, entre outros, que produzem uma gama de ruídos e podem prejudicar a audição do neonato, causando choro, diminuição do sono e movimento rápido dos olhos, podendo esses causar prejuízos ao sistema cardiorrespiratório onde são observadas alterações como: irregularidade na respiração, aumento da pressão arterial, e aumento da frequência cardíaca (PINTO *et al.*, 2008; NASCIMENTO; MARANHÃO, 2010). Para Costa; Nascimento (2001) o afastamento da mãe também pode gerar estresse no neonato desencadeando alterações psíquicas no mesmo.

No ambiente da UTIN a assistência de enfermagem deve ser baseada em rotinas de procedimentos que mantem o tratamento do RN, voltada para prevenção de estresse e agravo da patologia do neonato. O trabalho deve ser desenvolvido em harmonia entre a equipe interdisciplinar para estabilização das condições dos neonatos (MARQUES; MELO, 2008).

A inclusão da família no ambiente da UTIN é bastante discutida, um dos principais dificultadores desse contato é os profissionais de saúde que ainda não são preparados para enfrentar essa situação (GAIVA; SCOCHI, 2004). Entretanto a inclusão da família durante a estadia do neonato em UTIN favorece o desenvolvimento do RN, diminuindo o estresse e favorecendo a criação de vínculo afetivo entre o neonato e sua família (BARRETO; INOE, 2013). Para Reichert *et al.* (2007) envolver a mãe no cuidado do RN hospitalizado em UTIN faz parte do cuidado humanizado, visto que o afastamento da mãe pode desencadear problemas psíquicos no neonato.

Dado o exposto, faz-se necessário investigar os elementos que influenciam no agravo da dor e do estresse submetidos pelos recém-nascidos durante a permanência em UTIN. Buscando mostrar formas de cuidados humanizados da assistência de enfermagem a estes RN, permitindo discutir assim os fatores encontrados.

Esta pesquisa pretendeu-se, contribuir com a comunidade científica, pois se apresentou estruturado com a preocupação de evitar o estresse do neonato hospitalizado em UTIN. Identificando falhas no atendimento e apresentando a importância da equipe de enfermagem na assistência adequada ao RN no período neonatal.

Essa linha de pesquisa subsidiou a investigação dos motivos que levam os recém-nascidos a sofrerem dor e provável estresse na UTIN e o papel dos profissionais de enfermagem na minimização deste estresse com práticas de humanização da assistência. Contudo, delimitando o tema deste trabalho, levou-se em consideração a importância de compreender os fatores dor e estresse. Nesse sentido espera-se através dessa pesquisa contribuir com a humanização nas UTIN e amenizar o sofrimento dos RN.

A realização deste também poderá colaborar com dados importantes frente às ações de humanização na assistência de enfermagem aos neonatos internados em UTIN. E abre espaço para questionamentos, viabilizando a compreensão do fenômeno de estresse dos recém-nascidos, sugerindo meios que possam vir a elucidar o alívio das consequências negativas trazidas pelos fatores de estresse. Fazendo se necessário contextualizar este ambiente de neonatologia e nortear alguns conceitos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar os procedimentos que influenciam no agravo da dor e no estresse sofrido pelos recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Caracterizar as ações de enfermagem para humanização da assistência ao recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 HISTÓRICO

Os hospitais foram um lugar de afastamento, isolamento e tratamento espiritual até meados do século XVIII, sem um tratamento terapêutico adequado por parte dos médicos. Os partos eram realizados em domicílio por parteiras, o que não favorecia a sobrevivência dos recém-nascidos que nasciam com alguns problemas de saúde, elevando assim a taxa de mortalidade entre os recém-nascidos. Com o passar do tempo e a evolução das técnicas medicinais, a organização do meio hospitalar e o valor atribuído à vida humana, fez dos hospitais um local onde profissionais de saúde com boa formação atuassem atendendo quem necessitasse (COSTA; PADILHA, 2010).

A assistência direcionada a saúde do recém-nascido (RN) caracteriza-se a partir do final do século XIX, como prolongamento das técnicas obstétricas que tiveram a intenção de proteger o bebê contra infecções, mantendo sua vitalidade. Essa preocupação fez com que surgisse no final do século XIX e início do século XX os berçários que prestavam assistência aos recém-nascidos com malformações, dificuldade alimentar, problemas respiratórios, distúrbios hemodinâmicos, entre outros. Sendo um local apropriadamente equipado e isolado para evitar agravos, surgindo assim posteriormente a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (KAMADA *et al.*, 2003).

A neonatologia foi um termo que surgiu no século XX, de acordo com a história, os cuidados voltados para os recém-nascidos se originaram na França no ano 1882, com o obstetra Pierre Budin, criador do primeiro ambulatório de puericultura no Hospital Charité em Paris. Já em 1914, foi criado pelo médico Julius Hess, pediatra, o primeiro centro de recém-nascidos prematuros no Hospital Michel Reese, em Chicago (BRAGA; SENA, 2013). No Brasil o marco na história da pediatria e neonatologia ocorreram em 1882, com o surgimento da Policlínica Geral do Rio de Janeiro - RJ, que possuía um consultório infantil e realizava cursos sobre doenças das crianças, ministrados pelo médico Artur Moncorvo de Figueiredo (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2006).

Segundo Costa; Padilha (2010), a instalação dos primeiros berçários no

Brasil ocorreu em 1945, voltado para atendimentos específicos como: termorregulação, equilíbrio hidroeletrólítico, equilíbrio do sistema cardiorrespiratório e prevenção de infecção. A partir da segunda metade do século XX inovações tecnológicas adentram o ambiente hospitalar proporcionando um melhor atendimento aos neonatos, possibilitando um aumento na sobrevivência dos mesmos.

A Terapia Intensiva ou "*Intensive Care*" é um conceito que foi estabelecido na Guerra da Crimeia no ano de 1854 através de Florence Nightingale, que separou homens de mulheres, adultos de crianças, graves de não graves. Estabeleceu a vigilância contínua, 24 horas, dia e noite, conhecido como a "vigilância Nightingale". A Unidade de Terapia Intensiva é idealizada como unidade de monitoração de paciente grave (SOUZA, 2011). No Brasil as Unidades de Terapia Intensivas (UTI) só começaram a ser implantadas na década de 70, onde um grupo de médicos do Hospital Sírio-Libanês em São Paulo - SP sentiram a necessidade de organizar uma UTI para cuidar de pacientes graves ou de risco, tendo apenas 10 (dez) leitos na época (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2006).

Nos últimos 30 anos, as Unidades de Terapia Intensivas Neonatais se tornaram um ambiente terapêutico, provido de aparato tecnológico para atender o RN de risco, contando com assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos apropriados, fármacos, recursos humanos especializados e com acesso a outras tecnologias destinadas à elaboração de diagnóstico e à implementação de terapêuticas. A UTIN atende o RN no período neonatal que é compreendido do nascimento até o 28º dia de vida do neonato, onde acontecem as primeiras adaptações físicas e fisiológicas ao mundo extrauterino (BUENO *et al.*, 2007).

O planejamento, a estrutura e a organização das Unidades de Terapia Intensivas Neonatais devem levar em conta os avanços tecnológicos disponíveis para o cuidado do RN prematuro e a termo enfermo de alto risco. Estas unidades eram vistas como estabelecimentos voltados para intervenções que promoviam a estabilidade fisiológica do RN, sem considerar o desenvolvimento cerebral dos prematuros que ainda está em processo. O barulho constante, os ruídos e outros procedimentos bem como toda a organização, escolha do material, dos recursos humanos e até a planta física, devem considerar o apoio ao desenvolvimento neuropsicomotor dos neonatos, propiciando também a participação dos pais nos cuidados dos filhos (TAMEZ, 2012).

Dê acordo com o Ministério da Saúde (2012-2013, p.03), através da Portaria GM/MS nº 930, de 10 de maio de 2012, seção I, dos Serviços de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), artigo 10º relata que:

“UTIN são serviços hospitalares voltados para o atendimento de recém-nascido grave ou com risco de morte, assim considerado: Recém-nascidos de qualquer idade gestacional que necessitem de ventilação mecânica ou em fase aguda de insuficiência respiratória com FiO₂ maior que 30% (trinta por cento); Recém-nascidos menores de 30 semanas de idade gestacional ou com peso de nascimento menor de 1.000 gramas; Recém-nascidos que necessitem de cirurgias de grande porte ou pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio porte; Recém-nascidos que necessitem de nutrição parenteral; e Recém-nascidos que necessitem de cuidados especializados, tais como uso de cateter venoso central, drogas vasoativas, prostaglandina, uso de antibióticos para tratamento de infecção grave, uso de ventilação mecânica e Fração de Oxigênio (FiO₂) maior que 30% (trinta por cento), exsanguineotransfusão ou transfusão de hemoderivados por quadros hemolíticos agudos ou distúrbios de coagulação”.

O surgimento das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais trouxe um universo mais amplo à assistência dos recém-nascidos, permitindo sua sobrevivência. Apesar da importância da UTIN para os neonatos doentes, contraditoriamente, essas unidades que deveria zelar pelo seu bem-estar em todos os aspectos, se torna por excelência um ambiente nervoso, impessoal e até temeroso para aqueles que não estão adaptados às suas rotinas (REICHERT *et al.*, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (2012-2013) e de acordo com a Portaria GM/MS nº 930, de 10 de maio de 2012, as Unidades de Terapia Intensivas Neonatais são classificadas em UTIN tipo II e UTIN tipo III. Ambas contam com equipe multidisciplinar formada por: 03 (três) médicos; 01 (um) enfermeiro coordenador e 01 (um) enfermeiro assistencial; 01 (um) fisioterapeuta coordenador e 01 (um) fisioterapeuta assistencial para cada 10 (dez) leitos; 01 (um) técnico de enfermagem para cada 02 (dois) leitos; 01 (um) fonoaudiólogo e 01 (um) funcionário exclusivo para o serviço de limpeza. A UTIN tipo III contará com uma equipe onde no mínimo 50% dos plantonistas devem ter certificado de habilitação em neonatologia ou Título de Medicina Intensiva Pediátrica e/ou Neonatal.

3.2 ADAPTAÇÕES FISIOLÓGICAS DO NEONATO

O útero materno oferece ao feto proteção a exposição de luz, ao excesso de ruídos, possui temperatura adequada para seu desenvolvimento e possibilita

também um ambiente tranquilo para um sono profundo. Com o nascimento o RN sofre profundas mudanças fisiológicas dando início ao período de transição que compreende as primeiras 24 horas de vida (PINTO *et al.*, 2008).

Observam-se mudanças no sistema circulatório e respiratório com o clampeamento do cordão umbilical, onde a circulação deixa de ser fetal e passa para neonatal, aumentando assim a resistência vascular sistêmica. Paralelamente os shunts fetais (ducto venoso, forame oval e ducto arterioso) se fecham, fazendo com que o sangue antes desviado dos pulmões, agora flua para artéria pulmonar para os pulmões por meio do sistema portal para o fígado, iniciando a grande circulação e a pequena circulação (PINTO *et al.*, 2008).

A partir do nascimento, no período neonatal os movimentos que eram suaves e cuidadosos são substituídos por manipulações bruscas e o calor aconchegante do útero dará lugar ao frio intenso do meio externo, vivenciando uma série de transformações que serão decisivas no seu crescimento e desenvolvimento (REICHERT *et al.*, 2007). No entanto, este crescimento e desenvolvimento podem ser prejudicados quando o bebê nasce com prematuridade ou com malformações, sendo caracterizado como RN de alto risco. Independentemente da idade gestacional ou peso ao nascer, esses recém-nascidos apresentam maior chance de morbimortalidade devido às condições superpostas ao curso normal dos eventos associados ao nascimento e à adaptação à vida extrauterina (SILVA; VIEIRA, 2008).

Os recém-nascidos podem ser classificados de acordo com a idade gestacional (IG) e peso ao nascimento. Referentes à idade gestacional são: à termo, aqueles com IG de 37 a 41 semanas e 06 dias; pré-termo, aqueles com IG inferior a 37 semanas e pós-termo, os com IG igual ou superior a 42 semanas. (ROSSETTO *et al.*, 2011). De acordo com o peso ao nascimento caracteriza-se: peso normal ao nascimento: 2.500 a 3.990g; macrossômico: maior 4.000g e baixo peso ao nascer: menor 2.500g, incluído também o muito baixo peso: menor 1.500g e extremo baixo peso: menor 1.000g (SOUZA, 2011).

Classificamos também os neonatos quanto ao risco de morte e potencial para complicações em baixo, médio e alto risco. Sendo que essa classificação induz a equipe de enfermagem a preparar para os cuidados especializados, mais ou menos complexos, onde minimizem o risco de sofrerem complicações graves após essa assistência. Devido à responsabilidade e complexidade dessas ações, a

presença do enfermeiro neonatologista se faz de real importância para garantir uma assistência qualificada (SOUZA, 2011).

Dessa forma, toda a atenção ao neonato deve ser estruturada e organizada, no sentido de atender suas necessidades, minimizando os riscos. Então, surge a necessidade da admissão do RN em uma UTIN, setor hospitalar provido de recursos materiais, humano e provido de tecnologias específicas para ajudar ou garantir a melhora da saúde do neonato (MARTINS *et al.*, 2011).

O ambiente de uma UTIN é diferenciado do ambiente intrauterino, onde todos os ruídos e sons eram naturalmente filtrados, oferecendo assim experiências intensas, devido grande aparelhagem em funcionamento, que gera ruídos intensos e contínuos, luminosidade constante e a própria patologia em si, podendo levar o RN a exaustão desencadeando como resposta fisiológica ao estresse (NASCIMENTO; MARANHÃO, 2010).

Apesar do significativo avanço na medicina e tecnologia, a prevalência de nascimentos prematuros ainda é bastante preocupante em todo mundo. As taxas de mortalidade no período neonatal precoce (até seis dias de vida) são mais elevadas durante toda a infância com 70% dos óbitos nesta faixa etária, demonstrando o grande risco à vida neste período. Destacando-se assim como as mais frequentes causas de mortalidade neonatal: as doenças respiratórias, malformações e prematuridade. Onde para que ocorra a redução da mortalidade pode estar associada não somente aos fatores biológicos, mas à assistência pré-natal, ao parto e ao RN após o nascimento (SOUZA, 2011).

Dê acordo com os dados das Tábuas Completas de Mortalidade divulgadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a taxa de mortalidade infantil ficou em 15 bebês para cada mil nascidos vivos em 2013, considerando crianças de até 01 (um) ano de idade. Em 2012, a proporção foi de 15,7 óbitos na mesma faixa etária para cada mil nascidos vivos. Dê 1990 a 2012, a taxa de mortalidade infantil no Brasil reduziu 70,5% (IBGE, 2013).

Segundo Ministério da Saúde (2014), em 2004 foi firmado o "Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal". O objetivo traçado foi de reduzir às desigualdades regional no nosso País, em 5% as taxas de mortalidade neonatal nas regiões da Amazônia e do Nordeste brasileiro até 2009. No cenário internacional, o Brasil assumiu as metas dos "Objetivos do Desenvolvimento do Milênio", sendo a redução da mortalidade de crianças menores de 05 (cinco) anos de idade, em dois

terços, entre 1990 e 2015. Por não atingir a meta estabelecida foi criada pelo MS a “Rede Cegonha”, através da Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que “propõe garantir a todos os recém-nascidos boas práticas de atenção, embasadas em evidências científicas e nos princípios de humanização”.

Diante deste contexto, a redução da mortalidade neonatal é um desafio. Existe uma tendência mundial à humanização da medicina de alta tecnologia. Os cuidadores das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais estão aprendendo com os prematuros e os recém-nascidos de alto risco a aliar em seus cuidados a delicada interface entre os aspectos técnicos e os afetivos, necessários para administrar a terapia que promova não somente a sobrevivência de bebês saudáveis, mas também o seu desenvolvimento neurológico e a sua integração ao convívio familiar (COSTA; PADILHA, 2011).

No Brasil, o Ministério da Saúde (2000, p.01), lançou a “Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru”, por meio da Portaria GM/MS nº 693 de 05 de julho de 2000:

“O Método Canguru visa o estabelecimento de uma contínua adequação tanto na abordagem técnica quanto das práticas que impliquem em mudanças ambientais e comportamentais com vistas à melhoria na atenção aos prematuros, envolvendo a família”. É um tipo de assistência neonatal que implica o contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado ao seu recém-nascido.

Independente da idade gestacional o recém-nascido tem capacidade de expressar emoções, sua anatomia já lhe permite sentir estímulos dolorosos, sua audição e visão são estimuladas constantemente no ambiente extrauterino. Todas essas adaptações e alterações podem causar dor e estresse em situação de saúde, e em casos de patologia o neonato fica ainda mais susceptível (CARDOSO *et al.*, 2007).

3.3 AVALIAÇÃO DA DOR NO RECÉM- NASCIDO

A dor foi definida pela Sociedade Brasileira para o estudo da Dor (SBED) como sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável que se associa a lesões reais ou potenciais. Ela é definida como um ato sempre subjetivo e cada

indivíduo aprendem a utilizar este termo por meio de suas experiências. Experiências essas que tanto pelos aspectos físicos como emocionais devem ser avaliados. Nos recém-nascidos as crenças e falta de conhecimento sobre a ocorrência e avaliação da dor expressada por eles, levaram os profissionais de saúde, por muitas décadas, a uma falta de controle dos sintomas apresentados nos recém-nascidos (SOUZA, 2011).

Pulter; Madureira (2003) define a dor sendo uma desagradável experiência sensorial e emocional. Pois já se sabe que a anatomia do feto conta com estruturas anatômicas responsáveis pela condução dos estímulos dolorosos desde a 16ª semana de gestação, completando na 26ª semana. Para Aymar; Coutinho (2008) relata ainda que os recém-nascidos expostos a estímulos nocivos apresentam imediatas alterações hormonais e fisiológicas.

Pelo fato da dor no RN ser um fenômeno subjetivo, encontra-se uma grande dificuldade na elaboração de métodos de avaliação e aplicação na prática clínica. Ainda não se encontra métodos cientificamente comprovados que sejam garantidos para uma perfeita avaliação da dor. Assim, estudos já destacam conhecimentos que além de serem sensíveis à dor os recém-nascidos podem sofrer consequências fisiológicas, orgânicas e emocionais podendo chegar a comprometer inclusive o seu crescimento e desenvolvimento (SOUZA *et al.*, 2006).

O estudo da dor avançou muito nas últimas décadas tornando a sua avaliação uma preocupação crescente entre os profissionais de saúde. Em crianças que ainda não verbalizam, o reconhecimento da dor é feito de forma indireta, com base em indicadores comportamentais e fisiológicos. Portanto a dor apresenta parâmetros tanto subjetivos como fisiológicos e comportamentais. Além do mais, a dor é avaliada no contexto de processo dinâmico e interativo envolvendo tanto o bebê quanto o cuidador e ambos são influenciados por esferas maiores: família, cultura e comunidade (FARIAS *et al.*, 2011).

Os recém-nascidos internados em UTIN são expostos frequentemente a inúmeros procedimentos e intervenções que causam estresse e dor. Estes estímulos dolorosos repetitivos influenciam na organização do cérebro e das fibras nervosas transmissoras desses estímulos. Desencadeando nos neonatos uma resposta global ao estresse, que inclui modificação do nível cardiovascular, respiratório, imunológico, hormonal e comportamental, entre outros. Essas respostas fisiológicas são acompanhadas de uma reação endócrino-metabólica de estresse, com

liberação, entre de hormônios, de adrenalina, noradrenalina e cortisol, podendo também resultar em hiperglicemia e catabolismo protéico lipídico, interferindo no equilíbrio homeostático do RN (GUINSBURG; CUENCA, 2010).

Segundo Martins *et al.* (2011), a dor no RN é proveniente de procedimentos dolorosos como: punções, coletas de sangue para exames, aspirações e manipulações em excesso, causando dor e desencadeando estresse. O neonato pode sofrer alterações na frequência respiratória e cardíaca, fazendo com que o sistema endócrino libere entre outros hormônios, adrenalina, noradrenalina e cortisol, afetando assim a homeostasia do mesmo.

Neves; Corrêa (2008) apresenta como sinais vitais avaliados no RN em UTIN: a frequência respiratória, pulso, pressão arterial e temperatura. A dor foi incluída na avaliação como quinto sinal vital a ser avaliado durante o período de tratamento. Sendo de difícil interpretação, devido ausência de comunicação verbal do neonato e sua subjetividade, é preciso diferenciar a dor de agitação.

Estimativas apontam que em todo o RN internado em UTIN receba cerca de 50 (cinquenta) a 150 (cento e cinquenta) procedimentos dolorosos ao longo do dia. Por isso, torna-se imprescindível saber avaliar a dor e estabelecer adequada intervenção, no sentido de diminuir e/ou evitar efeitos nocivos para o desenvolvimento do RN. Onde o uso da analgesia e sedação é eventual, mas não é uma medida rotineira no tratamento do RN enfermo (GUINSBURG; CUENCA, 2010).

Para identificar a presença de dor no neonato observa-se expressão facial, caretas, choro, tremores, entre outros sinais físicos. É possível observar alterações fisiológicas como sudorese palmar, alterações na pressão arterial e pressão intracraniana e dosagens hormonais alteradas. Uma variabilidade de instrumentos de avaliação vem sendo desenvolvida para determinar a dor. Atualmente as mais utilizadas são as: Escala de codificação da atividade facial neonatal - NFCS (*Neonatal Facial Coding System*) (1987), a Escala de Avaliação da Dor Neonatal – NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*) e a Escala de perfil de dor no RN prematuro - PIPP (*Premature Infant Pain Profile*) (GAÍVA, 2000).

A Escala de codificação da atividade facial neonatal - NFCS consiste na avaliação de respostas da dor por meio da análise da atividade facial do RN, definida pela presença ou ausência de oito movimentos faciais: fronte saliente; fenda palpebral estreitada; sulco nasolabial aprofundado; boca aberta; boca estirada; língua tensa; protrusão da língua e tremor do queixo. Se os sinais estão presentes

soma-se um ponto, se ausentes tem valor zero, mais de três sinais presente, presença de dor (Quadro1) (FREITAS *et al.*, 2012).

Quadro 1. Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (NFCS)

Parâmetros	0 (ponto)	1 (ponto)
Fronte Saliente	Ausente	Presente
Fenda Palpebral Estreitada	Ausente	Presente
Sulco Nasolabial Aprofundado	Ausente	Presente
Boca Aberta	Ausente	Presente
Boca Estirada (horizontal ou vertical)	Ausente	Presente
Língua Tensa	Ausente	Presente
Protrusão da Língua	Ausente	Presente
Tremor de Queixo	Ausente	Presente

Fonte: FREITAS *et al.* (2012).

A Escala de avaliação de dor para RN - NIPS é composta por cinco parâmetros comportamentais: expressão facial; posição dos braços; posição das pernas; choro e respiração. É um indicador fisiológico, o estado de consciência. Estas alterações são avaliadas antes, durante e após procedimentos invasivos agudos em recém-nascidos a termo e pré-termo. As escalas de avaliação da dor no recém-nascido são muitas, entretanto são pouco utilizadas na prática (Quadro 2) (FREITAS *et al.*, 2012).

Quadro 2. Escala de Dor para Recém-Nascido (NIPS)

Indicadores	0 (ponto)	1 (ponto)	2 (pontos)
Expressão facial	Relaxada	Contraída	–
Choro	Ausente	Resmungos	Vigoroso
Respiração	Relaxada	Diferente do basal	–
Braços	Relaxados	Fletidos/estendidos	–
Pernas	Relaxados	Fletidos/estendidos	–
Estado de consciência	Dormindo/calmo	Desconfortável	–

Fonte: FREITAS *et al.* (2012).

A Escala do perfil de dor no RN prematuro - PIPP é a mais indicada para prematuros, por levar em consideração as alterações próprias desse grupo de pacientes. Compõe-se de sete parâmetros: idade gestacional; estado de vigília; frequência cardíaca; taxa de saturação de oxigênio no sangue e expressão facial (testa franzida, olhos espremidos e sulco nasolabial). Cada indicador recebe pontuações entre zero e três (Quadro 3) (FREITAS *et al.*, 2012).

Quadro 3. Escala do perfil de Dor para Recém-Nascido Prematuro (PIPP)

	Indicadores	0	1	2	3
Observar o RN por 15 seg.	IG (sem.) Estado de alerta Estado de alerta	= 36 sem. Ativo Acordado	32-35 6/7 Quieto Acordado	28-31 6/7 Ativo Dormindo	< 28 Quieto Dormindo
Anotar FC/SPO² basais	Estado de alerta	Olho aberto Movimentos faciais+	Olho aberto sem mímica facial	Olho aberto Movimentos faciais+	Olho aberto sem mímica facial
Observar RN por 30 seg.	FC Máxima SPO ² Mínima Testa franzida Olhos espremidos Sulco nasolabial	0-4bpm 0-2,4% Ausente Ausente Ausente	5-14bpm 2,5-4,9% Mínimo Mínimo	15-24bpm 5,0-7,4% Moderado Moderado	> 25bpm > 7,5% Máximo Máximo Máximo

Fonte: FREITAS *et al.* (2012).

As UTIN Brasileiras são consideradas pioneiras na utilização de escalas comportamentais para a avaliação da dor no RN. No entanto elas são pouco específicas, tendo em vista que poderão ter resultados alterados mediante situação de estresse do RN, entretendo representa a maneira mais segura para avaliação da dor nos neonatos (FREITAS *et al.*, 2012).

O choro é considerado método primário de comunicação nos neonatos, mas como medida de dor, parece ser um instrumento útil, sendo pouco específico, pois pode ser desencadeado por outros estímulos não dolorosos, como fome e desconforto (GUINSBURG; CUENCA, 2010).

Ao ser identificado à dor no RN pela equipe de enfermagem, será possível usar medidas farmacológicas para diminuir o desconforto, como uso de anestésicos em procedimentos dolorosos, de acordo com prescrição médica, e medidas não farmacológicas que incluem sucção não nutritiva, glicose oral, aleitamento precoce, diminuição de estímulo tátil e toque terapêutico podem aliviar a dor no neonato (CRESCÊNCIO *et al.*, 2009).

Atualmente percebe-se a preocupação em manter a estabilidade do RN, a equipe que é encarregada pelos cuidados foca no controle da patologia ignorando as demonstrações de dor do RN. É preciso modificar a ideia que recém-nascidos não sentem dor para um atendimento humanizado (SANTOS *et al.*, 2012).

3.4 ESTRESSE ENFRENTADO PELO RECÉM-NASCIDO ADMITIDO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

O estresse ou termo “Síndrome Geral de Adaptação” pode ser definido por reações do organismo a agressões de origem não definida, capaz de causar desequilíbrio interno que pode ser observado no neonato. Observa-se três fases no desenvolvimento do estresse sendo: a fase da reação de alarme que ocorre quando o indivíduo ao se deparar com um fator que cause estresse sofre alterações na frequência cardiorespiratória, elevação da pressão arterial, bem como em vários órgãos. Ao passar à situação desencadeadora de estresse a tendência é que o nível de hormônio volte ao normal. Ocorre a fase de resistência quando os fatores de estresse permanecem constantemente forçando o organismo a se adaptar a situação causadora de estresse e a última fase ocorre quando os fatores estressantes se tornam crônicos levando o organismo a exaustão, o que dificulta a

adaptação tornando o indivíduo susceptível a enfermidades (BELANCIERE; BIANCO, 2004).

Segundo Pinto *et al.* (2008), o estresse significa um conjunto de reações do organismo a agressões de origens diversas, capaz de perturbar o equilíbrio interno do neonato. Para os recém-nascidos, principalmente os prematuros, o estresse altera o processo de crescimento e desenvolvimento e sua recuperação. “Desde a fase de alarme pode afetar o processo de desenvolvimento do Sistema Nervoso Central pela descarga dos glicocorticóides, com repercussões neuroquímicas e neuroatômicas”.

Na UTIN procedimentos dolorosos muitas vezes, são realizados sem cuidados adequados para a diminuição do estresse e da dor no RN. Assim sofrem com maior gasto energético diante desse ambiente, refletindo nos parâmetros fisiológicos, no desenvolvimento do Sistema Nervoso Central e até na interação entre mãe e RN (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O estresse que o neonato sofre no ambiente hospitalar causam prejuízos ao sistema cardiorrespiratório onde são observadas alterações como: irregularidade na respiração, apneia, aumento da pressão arterial, aumento das frequências cardíaca e respiratória. A pele pode se apresentar pálida e cianótica. Podem ocorrer alterações viscerais como: soluços, evacuações frequentes e flatulências. O sistema motor pode apresentar flacidez, tremores, olhos vagando e bocejo. O nível de atenção também é prejudicado causando irritabilidade e choro constante (PINTO *et al.*, 2008).

O nível de estímulos dentro da UTIN pode causar danos no sistema endócrino aumentando o nível de secreção hormonal, como o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), hormônio antidiurético (ADH), ocitocina e as catecolaminas. Alterações na secreção desses hormônios agravam estados de febre, hipoglicemia, estresse e alteração do ciclo de sono-vigília (NASCIMENTO; MARANHÃO, 2010).

A UTIN é um ambiente com inúmeros aparelhos, sendo: incubadoras; respiradores; monitores cardíacos; oxímetria de pulso; aspiradores, entre outros, que produzem uma gama de ruídos e podem prejudicar a audição do neonato, causando choro, diminuição do sono e REM (Rapid Eye Movement ou Movimento Rápido do Olho). Causando também danos às funções cerebrais, alterações fisiológicas, aumento da pressão arterial e a irrigação craniana, podendo assim desencadear

hemorragias (NASCIMENTO; MARANHÃO, 2010). “Os efeitos colaterais do processo terapêutico acrescidos à fragilidade biológica e longa permanência nessas unidades, podem potencializar os riscos para a deficiência auditiva” (AURÉLIO; TOCHETTO, 2010).

O cuidado com o RN no ambiente de UTIN é realizado de forma generalizada e tecnicista, visto que o foco do atendimento é voltado para urgências e emergências, monitorização e avaliação constante do controle da patologia, esses fatores citados tornam o atendimento despersonalizado, cabe ao enfermeiro observar alterações no choro, sono, agitação, e identificar fatores físicos que contribuem com o desencadeamento de estresse neonatal (BARRETO; INOUE, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que, dentro do ambiente hospitalar o Leq (nível de pressão equivalente) e o LFM_{ax} (nível máximo de pressão sonora) seja de 30 (trinta) a 40 (quarenta) dB (decibéis) e que, durante a noite haja uma diminuição sonora de 10% para proporcionar um ambiente mais tranquilo. No Brasil a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) recomenda um nível de ruído de até 58 (cinquenta e oito) dB. Há uma grande preocupação, pois o aumento da permanência do neonato em locais com ruídos excessivos pode gerar perda auditiva permanente (CARDOSO *et al.*, 2010).

A iluminação artificial fluorescente e contínua no ambiente da UTIN prejudica o sono, podendo causar retardo no desenvolvimento e crescimento do RN. O excesso de luz interfere diretamente no desenvolvimento da retina do neonato o que pode causar lesão e levar a cegueira. A Academia Brasileira de Pediatria (ABP) recomenda um nível de luminosidade equivalente a 100 (cem) velas incandescentes para uma boa visualização do neonato, e que durante a noite haja uma diminuição da claridade, para favorecer o sono do mesmo (PINTO *et al.*, 2008).

A manipulação excessiva do RN não permite um sono adequado, e gera prejuízo ao seu desenvolvimento visto que o sono é de suma importância para recuperação do mesmo. Para ocorrer um menor número de manipulações é necessário organizar os procedimentos, agrupando-os para assim minimizar o estresse do neonato (NASCIMENTO; MARANHÃO, 2010). O manuseio na UTIN é constante ocorrendo 2,1 contatos manuais por hora. Raramente o RN é deixado quieto por mais de uma hora, ocorrendo de forma similar em todos os horários. O contato é baseado na conveniência da rotina da UTIN, não levando em

consideração o estado fisiológico e/ou comportamental do RN (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O afastamento do RN de sua mãe logo após o nascimento e a hospitalização em UTIN pode gerar estresse no neonato desencadeando alterações psíquicas no mesmo, tendo seu desenvolvimento cognitivo e emocional formados de forma inadequada (COSTA; NASCIMENTO, 2001).

3.5 ASSISTÊNCIA HUMANIZADA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AOS RN's NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATA

De acordo com Ministério da Saúde (2010), foi criado em 2004 através do MS a Política Nacional de Humanização (PNH), que trouxe para os profissionais um grande desafio a ser cumprido, trazendo a proposta de integrar ações para mudar a forma de assistência ao paciente melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços prestados a estes.

Uma equipe de enfermagem humanizada realiza o cuidado com maior facilidade e de forma mais acolhedora, por isso necessita-se que todos envolvidos no âmbito de cuidar estejam com pensamentos humanizados, para então saberem conduzir o atendimento (DIAS; HOEFEL, 2005).

Para a enfermagem a UTIN é um bom campo de trabalho e a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) garante um embasamento em conhecimentos científicos, que propicia aos neonatos um atendimento planejado e implementado de forma a propiciar um melhor resultado ao tratamento (MOREIRA *et al.*, 2012).

No Brasil, de acordo com Resolução COFEN-358/2009 a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), é uma atividade privativa do enfermeiro, e cabe ao mesmo implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

A SAE deve estar presente em todos os ambientes públicos ou privados onde exista atendimento da enfermagem, mas o que se observa na realidade é que ainda é um processo que não está sendo posto em prática, verifica se instituições que não se adequaram e existe a falta de profissionais capacitados (SOUZA *et al.*, 2015).

Dê acordo com Ministério da Saúde (2012-2013, p.01), através da Portaria GM/MS Nº 930, de 10 de maio de 2012/2013, artigo 3º estabelece que:

“São diretrizes para a atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave. O respeito, a proteção e o apoio aos direitos humanos; equidade; integralidade da assistência; atenção multiprofissional, com enfoque nas necessidades do usuário; atenção humanizada; e à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido”.

Silva *et al.* (2009), entendem por humanização na assistência de enfermagem como uma “forma de expressar um comprometimento não apenas com as dimensões práticas do trabalho, mas também com as dimensões subjetivas e sociais das vidas que cuidamos”.

A humanização envolve relações entre o bebê, seus pais e os profissionais de saúde, e estes devem buscar realizar uma ligação afetiva entre eles. Sob essa perspectiva de atenção humanizada cabe ao profissional atender as necessidades do RN, sabendo reconhecer suas anormalidades expressadas (ROLIM; CARDOSO, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Dê acordo com Ministério da Saúde (2012-2013, p.03), através da Portaria GM/MS Nº 930, de 10 de maio de 2012, artigo 11º refere que:

“As UTIN deverão cumprir os seguintes requisitos de Humanização: I - controle de ruído; II - controle de iluminação; III - climatização; IV - iluminação natural, para as novas unidades; V - garantia de livre acesso a mãe e ao pai, e permanência da mãe ou pai; VI - garantia de visitas programadas dos familiares; e VII - garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia”.

Rolim; Cardoso (2006) ressalta que no atendimento ao RN em UTIN, acredita-se que são necessárias mudanças na rotina para possibilitar assistência humanizada por parte da enfermagem, buscando reduzir manuseios excessivos e o cuidado com o ambiente físico, pois esses podem comprometer o bem estar do bebê causando dor, estresse, alterações fisiológicas e comportamentais.

Dê acordo com Barreto; Inoue (2013) destacam que o ambiente da UTIN gera ansiedade na equipe de enfermagem, que muitas vezes possuem mais de um emprego, o que gera sobrecarga levando a um trabalho mecanicista para minimizar os riscos de morte ao RN, entretanto a inclusão da família durante a estadia do mesmo na UNTI favorece o desenvolvimento do RN, diminuindo o estresse e favorecendo a criação de vínculo afetivo entre o neonato e sua família.

Dê acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (2005, p.01), através da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Do direito à vida e à saúde, artigo 12º estabelece que:

“Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente” (redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016).

É papel do enfermeiro, educar a equipe de enfermagem sobre o estresse que o RN sofre no ambiente de uma UTIN, reforçando a importância do uso das escalas para identificar a dor no RN, criação de protocolos operacionais padrão (POP) para que procedimentos que podem ser realizados juntos sejam agrupados e realizados de maneira rápida e precisa para assim diminuir o desconforto e minimizar o estresse do neonato (CRESCÊNCIO *et al.*, 2009).

Dê acordo com Fortes (2011, p.61), a responsabilidade do enfermeiro no atendimento humanizado ao neonato e à sua família é:

“Recepcionar o RN no momento do nascimento; reconhecer sinais e sintomas do período transicional com vistas à estabilização do RN; identificar necessidades humanas básicas e as estratégias do cuidado desenvolvimental e humanizado ao RN; identificar os parâmetros de normalidade do RN com base em suas necessidades básicas: integridade tecidual, alimentação e hidratação, eliminação, oxigenação, circulação, termorregulação, sono e repouso, percepção sensorial, necessidades psicossociais do RN e sua família e psicoespirituais de sua família; identificar evidências de processos familiares alterados; desenvolver ações de enfermagem ao RN submetido à terapia intravenosa da perspectiva do cuidado desenvolvimental e humanizado; identificar os sinais e sintomas das alterações relacionadas a estresse e dor; identificar crenças e práticas religiosas que envolvem a terapêutica e a dinâmica hospitalar; acolher os pais e a família no processo de morte e luto; organizar o ambiente para acomodar o RN, considerando a natureza, as finalidades, os resultados e riscos envolvidos no cuidado do RN; participar das ações de admissão, transferência e alta do RN, reconhecendo os sinais de risco; utilizar as informações e os dados contidos no prontuário, na observação do neonato e no plano de enfermagem para desenvolver as atividades de enfermagem; e realizar o registro no prontuário de todos os procedimentos realizados ao RN, bem como de todas as informações fornecidas pelos familiares ou acompanhantes”.

A implantação da humanização no ambiente da UTIN apresenta fragilidades, contribuindo muitas das vezes para a não realização da mesma (REIS *et al.*, 2013). Assim cabe aos profissionais saber ver e considerar o ser humano a partir de uma visão completa, e buscar agregar o cuidado humanizado e os aparelhos disponíveis

para manter a saúde do RN (REICHERT *et al.*, 2007).

Segundo Simsen; Crossetti (2004), o cuidado humanizado envolve o cuidado profissional que é voltado a parte técnica, cuidado com a manutenção da saúde e da vida do RN durante os procedimentos de rotina e o cuidado expressivo que tem como base o carinho, afeto e amor durante o tratamento do neonato. Para Reichert, *et al.* (2007) envolver a mãe no cuidado do RN hospitalizado em UTIN faz parte do cuidado humanizado, visto que o afastamento da mãe pode desencadear problemas psíquicos no neonato.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma revisão da literatura, com elementos de uma revisão integrativa, por meio de levantamento bibliográfico em material eletrônico. Para alcançar o objetivo proposto, elegeu-se a seguinte questão norteadora: Qual a importância da humanização na assistência de enfermagem frente à dor e ao estresse que o RN é submetido durante a permanência em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal?

A busca dos artigos procedeu-se nos meses de agosto a novembro de 2016, por meio de consultas ao acervo da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados: LILACS, BDNF e MEDLINE, com a associação dos Descritores (DECS): assistência de enfermagem, humanização, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, estresse neonatal e dor no neonato. Para relacionar os descritores foi utilizando o operador booleano AND. Sendo artigos completos, publicados entre os anos de 2006 a 2016.

4.2 CRITÉRIOS E ELEGIBILIDADE

Foram incluídos na pesquisa artigos originais, de coleção brasileira e idioma português que abordassem o tema, perfazendo um total de 85 (oitenta e cinco) artigos selecionados.

Foram excluídos 71 (setenta e um) artigos que fugiam ao tema e aos objetivos propostos, não pertenciam a coleções brasileiras e país/região como assunto do Brasil, artigos de revisão, artigos repetidos e artigos incompletos sem resumo. Sendo destes 24 (vinte e quatro) artigos como repetidos, 26 (vinte e seis) artigos com outros temas, 13 (treze) artigos de revisão e 08 (oito) artigos incompletos. Ao final da exclusão obtivemos um total de 14 (quatorze) artigos para estudo (Figura 1).

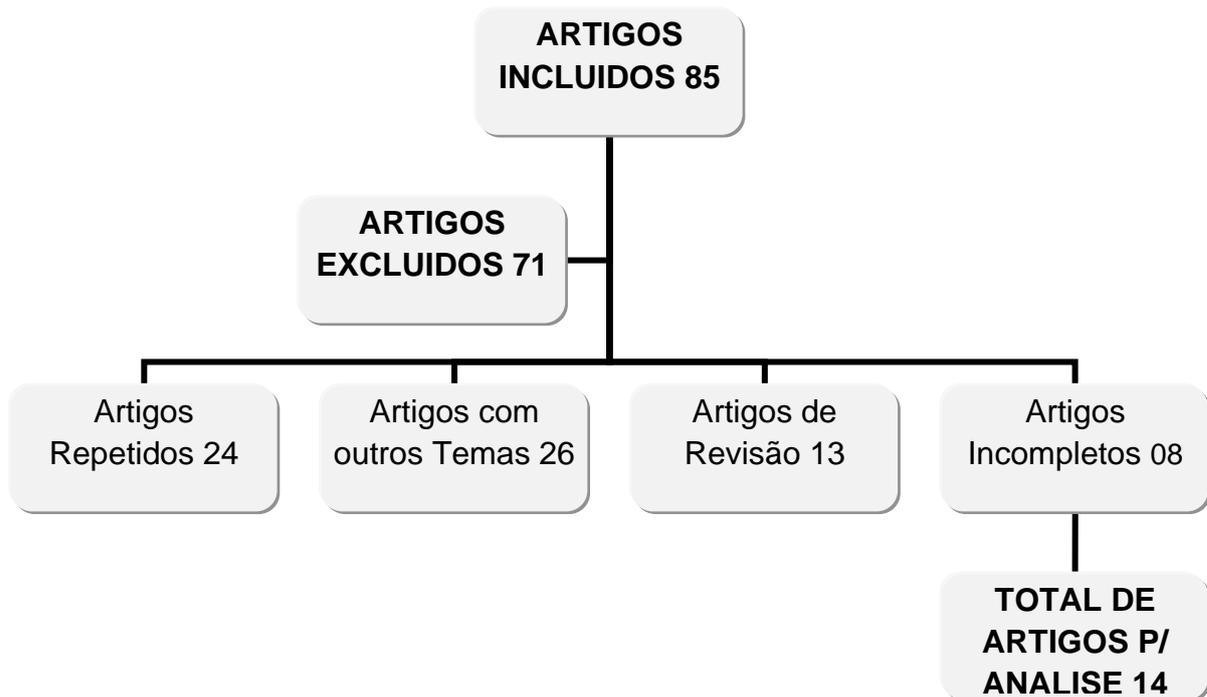


Figura 1. Distribuição quantitativa das bibliografias encontradas na BVS nas bases de dados, como critérios de inclusão/selecionadas e exclusão, entre os anos de 2006 a 2016, idioma Português.

Fonte: elaborado pelos próprios autores

Dê acordo com os descritores: assistência de enfermagem, humanização, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, estresse neonatal e dor neonatal, através das bases de dados LILACS, BDENF e MEDLINE como critérios de inclusão e exclusão entre os anos de 2006 a 2016 ocorreu da seguinte forma: LILACS foram filtrados 44 (quarenta e quatro) artigos, sendo destes, 36 (trinta e seis) foram excluídos, dos quais 09 (nove) eram repetidos, 08 (oito) não estavam disponíveis em textos completos, 13 (treze) não eram proporcionais aos objetivos e 06 (seis) artigos eram de revisão. Finalizando um total de 08 (oito) artigos selecionados (Quadro 4).

Já pela BDENF foram filtrados 22 (vinte e dois) artigos, destes 20 (vinte) artigos foram excluídos, sendo destes 08 (oito) artigos publicados em duplicidade, 10 (dez) artigos não eram proporcionais com os objetivos e 02 (dois) artigos eram de revisão bibliográfica, finalizando total de 02 (dois) artigos selecionados. E pela base MEDLINE foram filtrados 19 (dezenove) artigos, sendo excluídos destes 15 (quinze) artigos, sendo destes 07 (sete) artigos publicados em duplicidade, 06 (seis) artigos de revisão bibliográfica e 02 (dois) artigos não estavam proporcionais aos objetivos, finalizando um total de 04 (quatro) artigos selecionados. Totalizando assim, em todas as bases de dados 14 (quatorze) artigos para serem analisados (Quadro 4).

Quadro 4. Distribuição quantitativa das bibliografias de acordo com os descritores nas bases de dados LILACS, BDNF e MEDLINE, entre os anos de 2006 a 2016, idioma Português.

BASES DADOS	INCLUIDOS	EXCLUIDOS	TOTAL
LILACS	44	36	08
BDNF	22	20	02
MEDLINE	19	15	04
TOTAL	85	71	14

Fonte: elaborado pelos próprios autores

4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Nesta etapa, buscaram-se extrair da amostra as informações sobre conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a dor e estresse enfrentados pelo neonato em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e o cuidado humanizado na assistência de enfermagem prestada a estes.

Assim, percebemos que seria necessário um refinamento pelo extenso número de resultados encontrados nas bases de dados e optamos em realizar a pré-leitura em todas as referências encontradas com os descritores mencionados. Em seguida foi realizada uma análise detalhada visando encontrar pontos convergentes e divergentes entre os artigos.

Após extração dos dados, os mesmos foram apresentados em forma de percentual (%) e através de resultados encontrados e discussão.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a busca de publicações nas bases literárias on-line e leitura dos textos, chegou-se a um total de 14 artigos científicos selecionados nesta revisão, sintetizam as informações correlacionadas aos objetivos propostos, foram selecionados segundo autor, título, ano, objetivos e principais resultados (Quadro 5).

Quadro 5. Artigos relacionados ao tema, segundo autor, título, ano, objetivo dos autores e resultados, distribuídos por ordem cronológica referente aos anos de 2006 a 2016.

Nº	AUTOR	TÍTULO	ANO	OBJETIVO DO AUTOR	RESULTADOS
01	SCOCHI, <i>et al.</i>	A dor na Unidade Neonatal sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem de um hospital de Ribeirão Preto-SP.	2006	Descrever a compreensão, a avaliação e o manejo da dor no RN sob cuidado intensivo.	Profissionais de enfermagem identificaram a dor mediante alterações comportamentais e fisiológicas. Consideram ineficaz o uso da escala NIPS na prática clínica. Apontam dificuldades em diferenciar manifestações de dor e estresse no cotidiano profissional.
02	OLIVEIRA, <i>et al.</i>	O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado.	2006	Diagnosticar o processo de trabalho de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, identificando qual a percepção da equipe sobre seu objeto de trabalho, quais são os instrumentos de trabalho utilizados, qual é a finalidade do trabalho, qual é o produto final obtido com o trabalho e quais ações são desenvolvidas para a humanização da assistência de	A não compreensão em sua totalidade do processo de trabalho que os profissionais realizam em seu cotidiano e, por conseguinte, as ações de humanização da assistência são parcelares e fragmentadas.

				enfermagem.	
03	NÓBREGA, <i>et al.</i>	Procedimentos dolorosos e medidas de alívio em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	2007	Descrever os procedimentos dolorosos e as medidas de alívio em recém-nascidos internados em UTI neonatal.	Foram realizados 1549 procedimentos dolorosos (média por paciente=30) e medidas de alívio foram tomadas em 56,7% destes. Os procedimentos mais frequentes foram venóclise (41,4%) e coleta de sangue (21,1%).
04	PRESBYTERO, <i>et al.</i>	Os enfermeiros da Unidade Neonatal frente ao recém-nascido com dor.	2010	Verificar o conhecimento dos enfermeiros sobre a dor no recém-nascido, identificar quais as condutas realizadas pelos enfermeiros frente ao recém-nascido com dor e descrever como esses profissionais avaliam a dor no recém-nascido.	Todos os enfermeiros afirmam que os recém-nascidos sentem dor, sendo esse sinal avaliado por meio de alterações fisiológicas e comportamentais, porém apenas um afirma o uso de escalas multidimensional.
05	AQUINO; CHRISTOFFEL.	Dor neonatal: medidas não farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem.	2010	Identificar os procedimentos considerados dolorosos pela equipe de enfermagem e verificar as medidas não farmacológicas para alívio da dor e do desconforto empregadas pela equipe de enfermagem no cuidado neonatal.	Às medidas não farmacológicas utilizadas pelos profissionais de enfermagem, foram? Contenção, a sucção não nutritiva, a glicose oral, o colo e o enrolamento.
06	SOUZA; FERREIRA.	Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde.	2010	Analisar, sob a ótica dos profissionais de saúde, a proposta de atenção humanizada e detectar os sentidos e os limites identificados por eles para a oferta desta forma de assistência.	Impedimentos para a oferta da assistência humanizada, a falta de recursos materiais e humanos, influenciando a sobrecarga de trabalho, conflitos de relacionamento e a falta de infraestrutura, tanto para os

					trabalhadores como para conduzir as iniciativas de humanização, como o alojamento de nutrízes.
07	MAGALHAES, <i>et al.</i>	Respostas fisiológicas e comportamentais de recém-nascidos durante o manuseio em unidade de terapia intensiva neonatal.	2010	Verificar as respostas fisiológicas e comportamentais do recém-nascido internado na UTIN e, propor um protocolo de manuseio mínimo do RN na UTIN.	Todos os RN's apresentaram média de oito respostas fisiológicas ou comportamentais. As principais foram: arqueamento das sobrancelhas, respostas faciais e aumento do tônus muscular, as quais podem representar para o RN desconforto, desorganização e dor frente aos procedimentos.
08	VERONEZ; CORRÊA.	A dor e o recém-nascido de risco: percepção dos profissionais de enfermagem.	2010	Descrever a percepção dos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de terapia intensiva neonatal sobre a dor no recém-nascido.	Reconhecimento da dor pelos participantes, a utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas, para a humanização da assistência.
09	LÉLIS, <i>et al.</i>	Cuidado humanístico e percepções de enfermagem diante da dor do recém-nascido.	2011	Aprender o significado do cuidado oferecido pelo enfermeiro ao recém-nascido em procedimentos dolorosos e conhecer as intervenções realizadas pelos enfermeiros para amenizar a dor do recém-nascido.	O cuidado ao recém-nascido deveria ser direcionado a minimizar os fatores estressores durante a situação dolorosa e que as intervenções citadas foram predominantemente e não farmacológicas, envolvendo ações desenvolvidas para o recém-nascido e o ambiente da Unidade.

10	OLIVEIRA; SANINO.	A humanização da equipe de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: concepção, aplicabilidade e interferência na assistência humanizada.	2011	Compreender a concepção da equipe de enfermagem sobre assistência humanizada dentro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e identificar possíveis fatores que possam interferir na aplicabilidade da assistência humanizada.	E evidenciou-se que há diversidade de o conceito de humanização entre as enfermeiras e que a aplicabilidade da assistência humanizada sofre interferências em razão da rotina e complexidade da UTIN.
11	OLIVEIRA, <i>et al.</i>	Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem.	2011	Identificar a implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pelos profissionais de Enfermagem, bem como caracterizá-las em tipo, frequência e finalidade da aplicação.	A maioria dos profissionais (98,8%) afirmou programar medidas para minimizar a dor do neonato.
12	GOMES/ HAHN	Manipulação do recém-nascido internado em UTI: alerta à Enfermagem.	2011	Verificar como a equipe de enfermagem percebe o estresse causado pelo manejo à criança internada na UTI.	A equipe identifica as necessidades de cuidado à criança, está qualificada para atendê-las; relaciona como fonte estressora o manuseio realizado durante a assistência de enfermagem.
13	D'ARCADIA, <i>et al.</i>	Estresse neonatal: os impactos do ruído e da super estimulação auditiva para o recém-nascido.	2012	Verificar se os profissionais que atuam na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal são conscientizados a respeito da relação existente entre a dor neonatal com os ruídos produzidos neste ambiente.	Os profissionais de saúde que trabalham na unidade neonatal têm consciência sobre seu papel na geração e também cessação dos ruídos e por isso valorizam os programas de orientação e rotinas no cuidado com o bebê.

14	ROSEIRO; PAULA.	Concepções de humanização de profissionais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.	2015	Investigar a concepção de humanização da equipe de profissionais de três Unidades de Terapia Intensiva Neonatal da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo.	Os profissionais compreendem o cuidado humanizado a partir do resgate da perspectiva afetiva, em oposição ao modelo médico tecnicista de atenção à saúde.
----	--------------------	---	------	--	---

Dos 14 (quatorze) artigos selecionados, 50,0% referem-se ao reconhecimento da dor no RN em UTIN pela equipe de enfermagem, e formas para alívio da mesma, sendo os artigos 01, 03, 04, 05, 07, 08, e 11. Em 21,42% dos artigos relatam sobre o estresse sofrido pelo RN em UTIN, identificados pela equipe de enfermagem, sendo os artigos 07, 12 e 13, ocorrendo a repetição do artigo 07 que aborda os dois temas, a dor do RN e o estresse. E em relação à assistência humanizada da equipe de enfermagem prestada aos recém-nascidos em UTIN temos 35,71%, sendo os artigos 02, 06, 09, 10 e 14.

Após a leitura, os textos foram reunidos de acordo com os resultados apresentados pelos autores, para assim, aproximar à temática, chegando à construção das considerações a seguir.

▪ **Fatores Desencadeadores da Dor no RN em UTIN.**

Com relação a esta abordagem obtivemos 50,0% dos artigos selecionados, que referiam ao reconhecimento da dor no RN em UTIN pela equipe de enfermagem. Sendo os artigos 01, 03, 04, 05, 07, 08 e 11.

Dê uma forma geral os artigos descreviam a dor nos recém-nascidos como sendo alterações fisiológicas, comportamentais, alterações por procedimentos invasivos e por procedimentos não invasivos, destacando ainda algumas formas de minimizar estas situações de sofrimento dos neonatos nas UTIN por meios farmacológicos.

Com relação às alterações fisiológicas quando o RN apresenta episódio de dor, destacamos em cinco artigos (01, 03, 04, 07, e 08), sendo que destes após análise descritiva dos dados apresentados, obtivemos: 60,0% destes artigos referem que a equipe de enfermagem identifica a dor no neonato de forma subjetiva (01, 04 e 08); outros 60,0% dos artigos citam a queda na saturação de oxigênio ao sentirem

dor (01, 04 e 07) e em 25% respectivamente dos artigos relatam o aumento na frequência cardíaca e respiratória (01 e 07) e apresentação da pele mosqueada, cianose e vômitos (03 e 07) (Figura 2).

Referindo-se as alterações comportamentais na presença de dor no RN, destacamos quatro artigos (01, 04, 07 e 08), sendo que após análise descritiva dos dados apresentados por estes estudos, constatamos que: 75,% dos artigos citam as alterações na expressão facial (testa franzida) e choro contínuo e intenso (01, 04 e 07); 50,0% respectivamente dos artigos citam a presença de olhos fechados, boca aberta, arqueamento das sobrancelhas (01 e 07) e hiperextensão dos membros (04 e 08), e com 25,% respectivamente dos estudos destacam gemido durante a manipulação, olhar expressivo (04), sonolência (07) e irritabilidade (08) no RN (Figura 2).

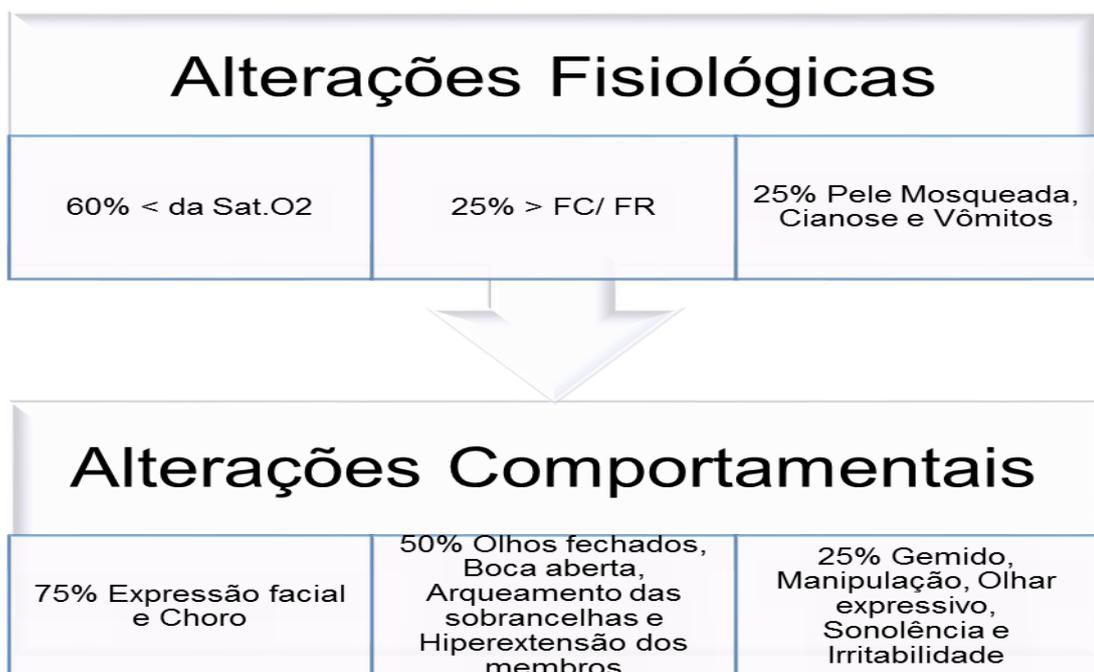


Figura 2. Alterações Fisiológicas e Comportamentais no processo de Dor nos RN's internados em UTIN.

Fonte: elaborado pelos próprios autores

Com relação aos procedimentos dolorosos Invasivos no RN em UTIN, identificamos quatro artigos (01, 03, 05 e 08), sendo que após análise descritiva dos dados apresentados por estes estudos, resultamos em: 100% dos artigos citam a glicemia capilar (punção de calcanhar) e punção venosa como os procedimentos

mais desencadeadores da dor; com 75% apresentam a drenagem torácica (01, 03 e 08); com 50,0% respectivamente dos estudos destacam a retirada de coletor de urina, intubação traqueal (orotraqueal) (01 e 03), punção vesical, inserção de cateter periférico, procedimentos cirúrgicos com/sem anestesia (03 e 08), passagem de sonda gástrica (03 e 05) e aspiração traqueal (01 e 08), e com 25% respectivamente citam a dissecação venosa, passagem de sonda vesical e retal, coleta de líquido, cateter umbilical, broncoscopia, laringoscopia, drenagem de abscesso (03), injeção intramuscular (05) (Figura 3).

Podemos citar três artigos (01, 05 e 08) que destacam como procedimentos dolorosos não invasivos nos recém-nascidos, sendo que após análise constatamos: 100% dos estudos destacam a retirada de fita/esparadrapo sendo o mais agressivo no processo de dor; 66,66% respectivamente citam a manipulação excessiva (01 e 08) e a troca de curativos (05 e 08), e com 33,33% dos estudos citam toque brusco no RN, posição desconfortável (01), instalação de sensores, troca de fraldas, higienização de coto umbilical e alimentação por sonda (05) (Figura 3).

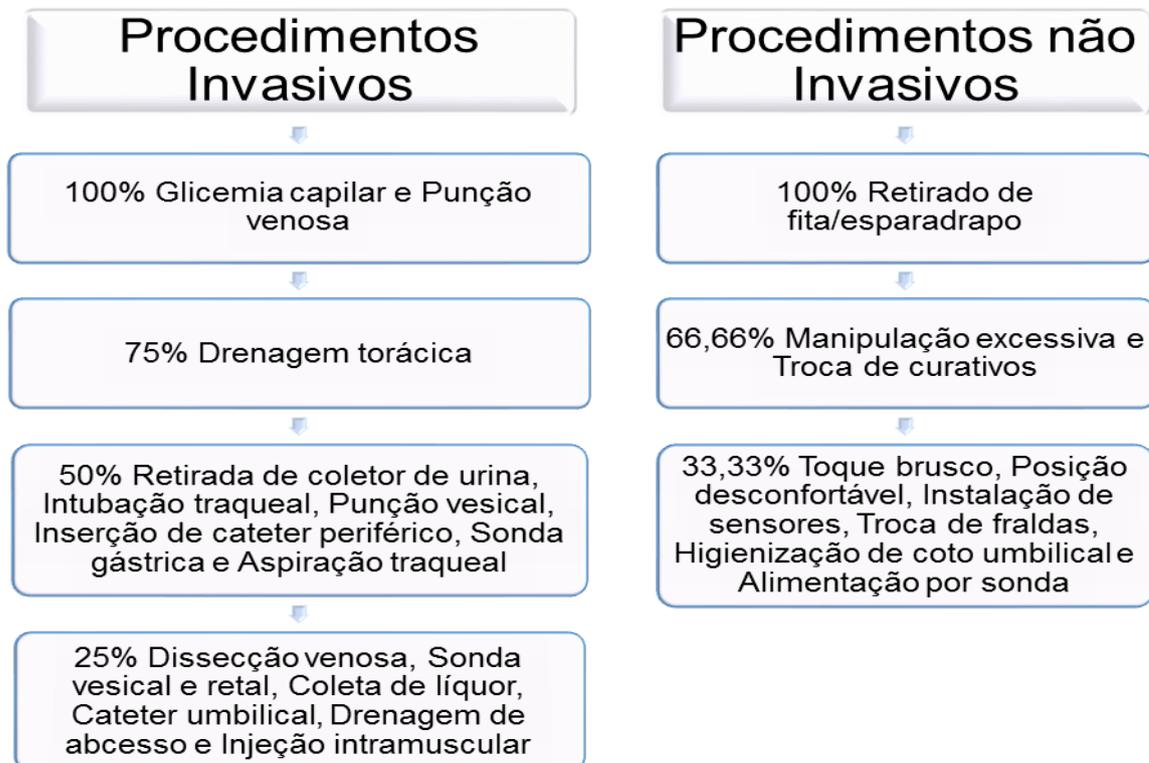


Figura 3. Procedimentos desencadeadores de Dor no RN como Invasivos e não Invasivos nas UTIN

Fonte: elaborado pelos próprios autores

Apenas os artigos (01 e 04) relataram a aplicabilidade de escalas para diagnóstico da dor pelos profissionais de saúde, citando as escalas NIPS e a NFCS.

Segundo os artigos (01, 03, 04 e 11), relatam em relação à prevenção e tratamento da dor no RN, através da utilização de medidas farmacológicas para o alívio desta dor. Após análise dos dados selecionados por estes quatro estudos, identificamos que os medicamentos mais administrados foram: 100% dipirona; 75% fentanyl e midazolam e com 25% paracetamol, anestesia geral/local e sedativos (Figura 4).

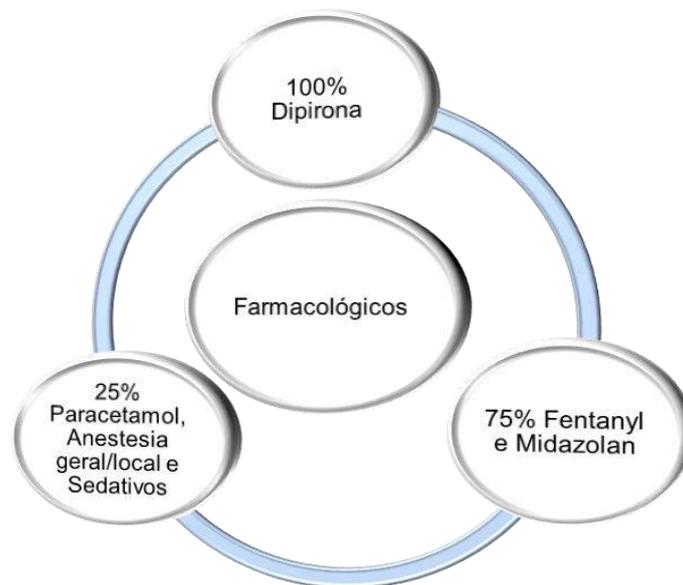


Figura 4. Medidas Farmacológicas usadas para prevenção e tratamento do alívio da Dor no RN internado em UTIN.

Fonte: elaborado pelos próprios autores

Assim para discutir esta categoria, buscamos outros autores que abordam dentre as manifestações comportamentais para diagnóstico da dor no neonato como sendo: expressão facial, do choro e do movimento corporal (BOTTEGA *et al.*, 2014). Entretanto para Linhares; Doca (2010) é preciso dissociar o choro de outras causas como fome e frio. Para Santos *et al.* (2012), a avaliação do processo doloroso do RN faz-se necessário observar o ambiente ao redor do neonato.

Segundo Caetano *et al.* (2013), em suas pesquisas mostram, um estudo realizado em três hospitais com profissionais que atuavam em neonatologia na cidade de Alfenas-MG, onde participaram deste estudo 42 profissionais de

enfermagem, sendo 14 (catorze) Enfermeiros e 28 (vinte e oito) Técnicos de Enfermagem, todos reconheciam que o RN era capaz de sentir dor. Entretanto somente 01(um) profissional utilizava a escala NIPS para diagnóstico da dor. Os dados encontrados por eles citam que: 35% dos profissionais referem o choro como sendo expressão de dor; 26% dos profissionais relatam a mímica facial e a movimentação corporal e apenas 9,0% dos profissionais avaliaram parâmetros fisiológicos, todos estes não utilizaram o método da escala. Para Botega; Fontana (2010), o uso das escalas no atendimento ao RN, possibilita um atendimento planejado para minimizar o sofrimento tornando o atendimento mais humanizado e individualizado.

Para Mendes *et al.* (2013), o RN em UTIN sofre dor aguda em seu cotidiano, visto que para a manutenção da vida sofrem procedimentos invasivos terapêuticos. Em sua pesquisa relatam um estudo realizado em uma UTIN da cidade de Fortaleza/CE, com 25 (vinte e cinco) profissionais da equipe de enfermagem, que destacaram os seguintes procedimentos invasivos causadores da dor no RN: 100% dos participantes relatam a punções venosas; 40,0% referem às punções capilares e 32% citam as punções arteriais ou lombares. Ressaltam também outros procedimentos que consideram dolorosos, porém foram citados em menor número, sendo eles: introdução da cânula orotraqueal (COT), frio, manuseio excessivo, troca de curativo, tricotomia e aspiração da COT e das vias aéreas.

Cardoso *et al.* (2010), refere que a dor também é desencadeada por procedimentos rotineiros. E destacam os procedimentos como: troca de fraldas, manipulação, troca de curativos e pesagem, como sendo os causadores de dor e alterações comportamentais como hiperextensão dos membros, olhos fechados, abertura dos lábios.

Dê acordo com Neves; Corrêa (2008) em sua pesquisa realizada no estado da Paraíba, onde os entrevistados descreveram alterações comportamentais em resposta a presença de dor no RN como: a resposta motora ao estímulo nociceptivo, incluindo as alterações de tônus muscular e os movimentos corporais, o choro e mímica faciais e com relação às alterações fisiológicas citam: os sinais vitais e em especial o aumento da frequência cardíaca e respiratória, queda da saturação de oxigênio e a pele mosqueada com cianose.

A falta de conhecimento sobre o uso das escalas impede muitos profissionais de enfermagem de utilizá-las. Em um estudo realizado em uma UTIN,

num hospital na Bahia, com 24 profissionais de enfermagem somente, 41,6% tinham conhecimento do uso de alguma escala para avaliação da dor, enquanto 58,4% dos profissionais atuantes na UTIN afirmaram não ter conhecimento a respeito da existência destes instrumentos (SANTOS *et al.*, 2012).

Para Lemos; Ambiel (2010) a prevenção e tratamento da dor no neonato em UTIN podem ser: realizada de forma farmacológica, utilizando antiinflamatórios não esteroidais, analgésicos opióides, adjuvantes, analgesia local, regional e anestesia geral. Com o objetivo de diminuir ou aliviar as situações que podem aumentar a dor.

Procedimentos que requerem uso de medicação foram relatados em um estudo realizado por Prestes *et al.* (2005) em quatro UTIN's no estado de São Paulo, com 91 RN. Onde 28% dos RN receberam alguma dose de analgésico para as seguintes indicações: uso de ventilação mecânica e período pós-operatório. Nesta mesma pesquisa os profissionais relatam sobre o uso de analgésicos também na agitação neonatal e presença de dreno de tórax. Sendo que 25% dos RN receberam dose de analgésico por via sistêmica.

▪ **Fatores de Risco Desencadeadores de Estresse no RN em UTIN.**

Foram selecionados os artigos 07, 12 e 13, que representam uma porcentagem de 21,42% dos artigos selecionados, que identificam fatores de risco para desencadeamento de estresse no RN admitido em UTIN e como a equipe de enfermagem os identifica.

Os artigos analisados destacam que existem fatores desencadeadores de estresse neonatal e são percebidos pela equipe de enfermagem por respostas comportamentais e fisiológicas. Assim após análise descritiva dos dados encontrados nestes três artigos (07, 12 e 13), resultamos em: 100% respectivamente dos estudos apresentavam iluminação contínua na UTIN, manuseio excessivo do RN, excessivos alarmes das incubadoras e das bombas de medicamentos, vozes provenientes de conversa dos profissionais e abertura e fechamento das portinholas das incubadoras (07, 12 e 13); com 66,66% respectivamente dos artigos referem os ruídos excessivos (12 e 07), rádio dentro da UTIN (01 e 13) e colocar mamadeira na incubadora (07 e 13), já com 33,33% respectivamente dos dados citam como causas de desequilíbrio no RN que podem resultar em estresse citam, a abertura de embalagens plásticas, fisioterapia motora e respiratória, esbarrão no corpo da

incubadora, água no circuito do respirador e escrever em cima da incubadora (13) (Figura 5).

Nos estudos (07 e 12) citam também sobre o estresse do RN como sendo percebido pela equipe de enfermagem por respostas comportamentais, destes constatamos que: 100% relacionam a mudança de expressão facial e choro do RN; 50,0% dos dados citam a agitação e alterações dos sinais vitais (12), outros 50,0% referem a sonolência, arqueamento da sobrancelha, aumento do tônus muscular e maior abertura dos olhos e boca (07) (Figura 5).

Como respostas fisiológicas apenas um artigo (07) relata dados encontrados pela equipe de enfermagem, sendo assim 100% como queda na saturação de oxigênio, aumento da frequência cardíaca, alteração da cor da pele/mosqueada, cianose e vômitos (Figura 5).

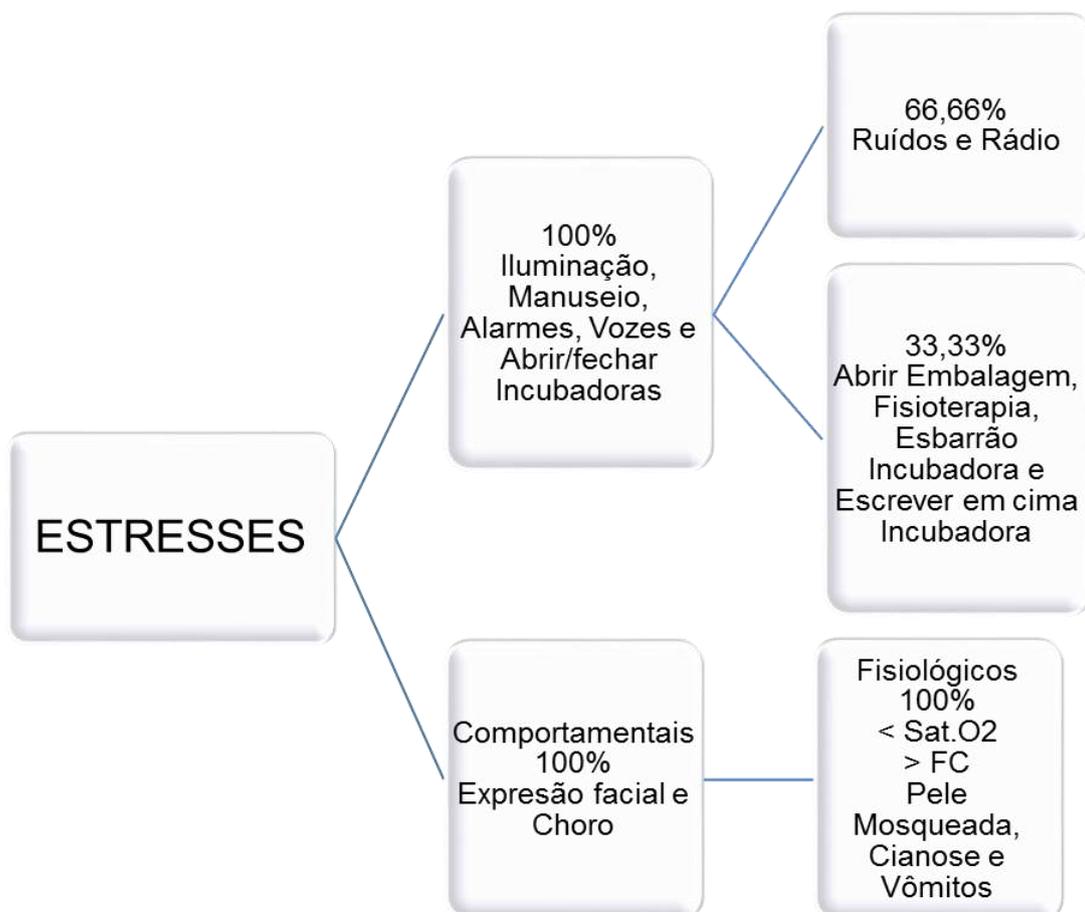


Figura 5. Fatores desencadeadores de Estresses no RN presentes em UTIN.

Fonte: elaborado pelos próprios autores

Assim para discussão dos fatores desencadeadores de estresse no RN admitido em UTIN correlacionamos alguns autores como, Nascimento (2010) que refere ser possível observar no RN exposto ao ambiente estressante: sinais de estresse que alteram o sistema fisiológico do RN como diminuição da respiração, aumento da pressão arterial, aumento da frequência cardíaca, palidez, cianose, choro, irritabilidade, bocejo, espirro, náuseas, vômitos, tremores e hiperextensão das extremidades. Para Pinto *et al.* (2008) as alterações não são imediatas podendo ocorrer de cinco a dez minutos após o procedimento desencadeador de estresse.

Dê acordo com Martins *et al.* (2011), os ruídos intensos causam alterações fisiológicas como: alterações no ritmo cardíaco e respiratório, pele mosqueada, queda da saturação de oxigênio e vômitos. No ambiente da UTIN é papel da equipe de enfermagem torná-la um ambiente terapêutico o mais possível.

Dê acordo com Aurélio *et al.* (2010) em sua pesquisa realizam um estudo com 43 profissionais no estado de São Paulo, onde: 15 (quinze) profissionais trabalhavam no turno da manhã, 10 (dez) profissionais no período da tarde, 16 (dezesesseis) profissionais no turno da noite, e 2 (dois) nos períodos da manhã e tarde. Dos profissionais atuantes no turno da manhã, 53% classificaram moderado os ruídos e 47% consideraram intenso. Todos mencionaram crer que o ruído é gerado principalmente pelos equipamentos e grande parte 73%, julgaram contribuir com esses níveis. Dos que trabalham no turno da tarde, 80% classificaram o ruído como intenso, 90% deles acreditaram que o ruído existente na unidade é gerado principalmente pelos equipamentos e 80% julgaram contribuir com o ruído no seu período de trabalho. Dos que atuavam no período da noite, 69% qualificaram o ruído como intenso e 31% como moderado; todos referiram que tal ruído é gerado principalmente pelos equipamentos e mais de 55% acreditavam que contribuíam com o ruído existente na unidade. Todos aludiram crer que tanto os neonatos quanto os profissionais inseridos nesse ambiente podem sofrer prejuízos.

Segundo Aurélio *et al.* (2010) os níveis médios de ruído registrados nas salas de cuidados intensivos e intermediários, isolamento e corredor foram, respectivamente, 64,8, 62,1, 63,8 e 61,9 dB. Para Nascimento (2010), segundo a Academia Americana de Pediatria sugere 58 dB seja o nível permitido de exposição

de ruído ao RN e a Legislação Brasileira, em 1997, passa a recomendar 60 dB como o máximo Nível de Pressão Sonora (NPS).

Nascimento (2010) relata que a luminosidade constante é também um fator de estresse para o RN. Jordão *et al.* (2016) evidenciam em seus estudos que a quantidade de luminosidade em uma UTIN deve ser segundo a Normas Técnicas Relacionadas à Iluminância (NBR 5413), que estabelecem os valores de iluminância artificial em berçários, não ultrapasse 100 Lux (Unidade de iluminamento do Sistema Internacional).

Para evidenciar a quantidade de manuseios que o RN recebe em UTIN, Souza *et al.* (2008) destacam em suas pesquisas realizadas em uma UTIN no hospital da rede pública do Município de São Paulo, citam que os recém-nascidos são manuseados em torno de 341min e 24s (5h41min24s), no período de seis horas, um total de 45 manipulações, restando para seu descanso apenas 18min36s.

Para Nascimento (2010), é possível observar no RN exposto ao ambiente estressante como sinais que alteram o sistema fisiológico como: aumento da frequência respiratória, cardíaca, aumento da pressão arterial, palidez, cianose, choro, irritabilidade, bocejo, espirro, náuseas, vômitos, tremores e hiperextensão das extremidades. Segundo Pinto *et al.* (2008) as alterações não são imediatas podendo ocorrer de cinco a dez minutos após o procedimento desencadeador de estresse.

▪ **Assistência Humanizada da Equipe de Enfermagem ao RN em UTIN.**

Para entender como a equipe de enfermagem compreende e desenvolve assistência humanizada em UTIN, buscamos artigos que refretem o conhecimento e aceitação da equipe de enfermagem sobre o tema, sendo identificados nos artigos 02, 06, 09, 10 e 14 representando 35,71%.

Dê uma forma geral os artigos analisados referem que a humanização na assistência de enfermagem ao RN em UTIN é um conceito que não possui uma definição concreta sendo realizada de forma individual e subjetiva.

Os dados coletados e após análise descritiva dos cinco artigos (02, 06, 09, 10 e 14), descrevem como cuidados técnicos para a ocorrência da humanização da assistência: 80,0% respectivamente relatam a adequação do ambiente reduzindo luminosidade, ruídos e temperatura (06, 09, 10 e 14) e a presença da família junto ao RN durante internação (02, 06, 10 e 14); 60,0% respectivamente dos estudos citam

o cuidado com a manipulação (06, 10 e 14), evitando movimentos dolorosos, promover aconchego, acolhimento e toque (06, 09 e 14), e com 40,0% dos estudos citam a oferta de glicose/sucção nutritiva para amenizar o sofrimento do RN (09) (Figura 6).

Apenas um artigo (02) refere sobre o atendimento humanizado prestado pela equipe de enfermagem como sendo: 100% dos casos a humanização esta relacionada ao bom relacionamento entre a equipe de trabalho, deve-se ter uma equipe multidisciplinar, a importância do desenvolvimento de ações coletivas para atender de forma humanizada o RN e sua família e superar a desmotivação (Figura 6).

No artigo (10) aborda sobre a interferência da aplicabilidade da assistência humanizada ao RN na UTIN como sendo relacionada em 100% a excessiva carga horária, número de funcionários insuficiente; conciliação de dois empregos, desmotivação e estresse laboral (Figura 6).

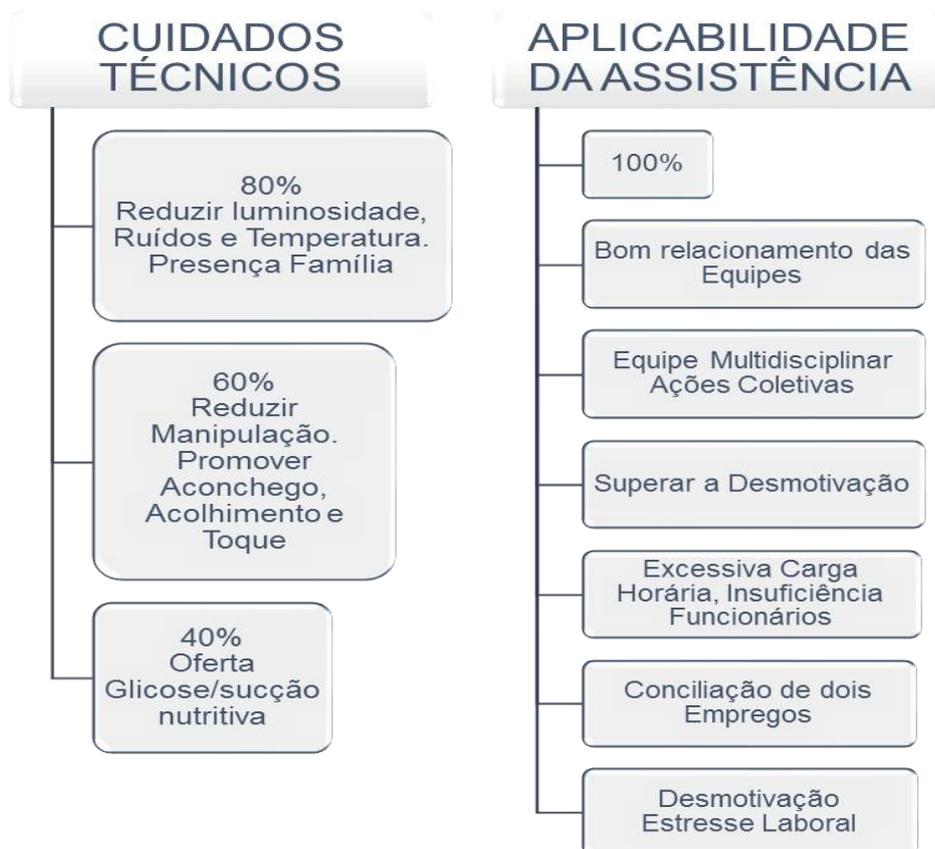


Figura 6. Descrição da Assistência Humanizada da equipe de Enfermagem ao RN internado na UTIN.

Fonte: elaborado pelos próprios autores

Para discutir os dados encontrados referentes à assistência humanizada da equipe de enfermagem ao RN na UTIN, buscou-se em outros autores como Costa; Nascimento (2001), que evidenciam o período de internação do RN que não lhe traga tantos prejuízos físicos e psicológicos, necessitando uma assistência voltada para as necessidades individuais de cada neonato admitido em UTIN. E destaca também que existem grandes dificuldades em por em prática a assistência humanizada como falta de recursos humanos especializados e conscientes das vantagens desse processo e carga extensiva de trabalho dos profissionais que promovem a assistência diária do RN.

Para o Ministério da Saúde (2010), medidas como o toque terapêutico devem ser realizadas por toda a equipe de enfermagem e pela família, desde que seja instruída pelo enfermeiro, quando o RN apresentar sinais de desorganização como inquietação e agitação. A adequação do ambiente também deve ser realizada, diminuindo a luminosidade sempre que possível, abaixando o volume dos alarmes das incubadoras, cobrindo a incubadora com mantas espessas para diminuir a luminosidade e ruídos. Evitar esbarrar e abrir com cuidado as portinholas das incubadoras deve-se evitar o uso de rádio e conversas altas no ambiente da UTIN e manusear objetos com cuidado para evitar barulho desnecessário.

Em um estudo realizado na UTIN de um hospital na Paraíba, os profissionais associaram humanização à forma como se trata o outro, colocando-se no lugar do paciente, focando nas particularidades do paciente. A inserção da família no tratamento do RN em UTIN é uma forma de humanização. A criação desse vínculo permite o aprendizado materno para a alta de seu filho e incentiva o cuidado da família para com o bebê. É papel dos Enfermeiros direcionar sua atenção para o desenvolvimento da assistência humanizada, observando e orientando os demais profissionais de enfermagem sobre a importância do cuidado humanizado (LINS *et al.*, 2013).

Para os profissionais de enfermagem a inserção da família no tratamento do RN em UTIN é uma forma de humanização. A criação desse vínculo permite o aprendizado materno para a alta de seu filho e incentiva o cuidado da família para com o bebê. É papel dos Enfermeiros direcionar sua atenção para o desenvolvimento da assistência humanizada, observando e orientando os demais

profissionais de enfermagem sobre a importância do cuidado humanizado (LINS *et al.*, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (2014), o cuidado humanizado intervém no cuidado biológico, psicológico e social, destacando a relevância do acolhimento respeito à individualidade e cuidados especiais com os laços afetivos que se desenvolvem neste momento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo faz-se importante afirmar que uma das formas de controlar a dor nos RN's nas UTIN's é a comunicação que se faz entre os neonatos e seus cuidadores (profissionais de enfermagem e pais). Portanto, reconhecer essa linguagem é uma das estratégias para o cuidado humanizado, qualificado e integral. Dessa forma, é preciso que profissionais e pais sejam capazes de identificar os sinais de dor utilizando a atenção e a sensibilidade para percebê-los. Deve-se estar atento às alterações comportamentais e fisiológicas que acompanham o episódio doloroso, além de apontar para a necessidade da utilização de instrumentos de avaliação para mensuração da dor nessa faixa etária.

A implementação das escalas para medida da dor e estresse tem como obstáculo a falta de conhecimento técnico-científico para sua implementação por parte por profissionais, dificultando a intervenção no tratamento da dor ao RN internados nas UTIN's.

O cuidado com a manipulação, postura, som, luz, estresse e dor, à luz do conhecimento das capacidades do RN, não podem deixar de ser considerados pela equipe. Esta atitude, em muito enriquecerá a equipe de saúde, em especial a enfermagem, uma vez que novos alicerces serão construídos, com mudanças de paradigmas para uma nova prática.

Apesar do grande esforço que os profissionais de enfermagem possam estar realizando no sentido de humanizar o cuidado em UTIN, esta é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes às vezes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante. E, muitas vezes, a própria dinâmica do trabalho em uma UTIN não possibilita momentos de reflexão acerca do seu processo de trabalho.

Com os resultados deste trabalho foi possível evidenciar que a realização do cuidado humanizado no âmbito da UTIN ainda é um desafio, sendo grandes as dificuldades e os obstáculos encontrados por profissionais no processo de trabalho por ser um ambiente complexo e gerador de estresse não só para os RN, mas também aos pais e aos profissionais.

Vale ressaltar que embora o ambiente da UTIN proporcione constantes desgastes e envolva fatores que constituem obstáculos para a não realização de uma assistência humanizada, percebe-se que os profissionais buscam medidas para

atender as necessidades dos RN's, por isso compreendemos que humanização não envolve apenas o RN internado, mas também os pais e os profissionais.

Os resultados também apontam que os profissionais que trabalham em UTIN têm consciência sobre seu papel na geração e cessação de fatores estressantes como dor, ruído, manipulação excessiva, luminosidade, tornando sua recuperação mais demorada, nesta perspectiva, o cuidado intensivo neonatal exige intervenções que transcendam cuidados meramente técnicos.

A humanização do projeto terapêutico na UTIN é fundamental, pois somente assim o cuidado singular poderá ser prestado com qualidade ao RN e sua família. Porém, para que todo esse processo seja garantido, é necessário refletir acerca da humanização do ambiente e das relações de trabalho a fim de que a equipe tenha condições de humanizar o cuidado. Acreditamos que para desenvolver ações dessa natureza, faz-se necessário, também, a humanização das relações de trabalho, por meio de melhores condições de trabalho, de salários dignos e de respeito aos profissionais no cotidiano das ações em saúde.

Por meio desse estudo podemos observar que há diversidade e dificuldade ao realizar a humanização. Identificamos que os profissionais de enfermagem necessitam de maiores conhecimentos teórico-prático sobre os cuidados com o neonato em situações dolorosas e estressantes, para que tornem multiplicadores de conhecimento para assim, poder desenvolver uma assistência integral, com qualidade e segurança. Entende-se que este estudo possa contribuir para mudanças no processo de trabalho nas UTIN's, com vistas à qualificação da assistência prestada aos RN's, em busca da humanização.

REFERÊNCIAS

AQUINO, F. M. DE; CHRISTOFFEL, M. M. Dor Neonatal: medidas não farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem. **Rev. Rene**, v. 11, p. 169-177, 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a19v11esp_n4.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2016.

AURÉLIO, F. S.; TOCHETTO, T. M. Ruído em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: mensuração e percepção de profissionais e pais. **Rev. Paul. Pediatria**, v. 28, n. 02, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v28n2/v28n2a06.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

AYMAR, C. L. G.; COUTINHO, S. B. Fatores Relacionados ao Uso de Analgesia Sistêmica em Neonatologia. **Rev. Bras. Terap. Intensiva**, São Paulo, SP, v. 20, n. 04, out./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ar ttext&pid=S0103507X2008000400014>. Acesso em: 30 out. 2016.

BARRETO, A. P.; INOUE, K. C. Assistência Humanizada em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN): a importância dos profissionais de enfermagem. **Rev. Uningá Review**, v. 15, n. 01. 2013. Disponível em:< http://www.mastereditora.com.br/periodico/20130724_215700.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2016.

BELANCIERI, F. M.; BIANCO, B. C. M. H. Estresse e Repercussões Psicossomáticas em Trabalhadores da Área da Enfermagem de um Hospital Universitário. **Texto & Contexto Enferm.**, Santa Catarina, SC, v. 13, n. 01, p. 124-131, jan./mar., 2004. Disponível em: <<http://1.redalyc.org/articulo.oa?id=71413117>>ISSN0104-0707. Acesso em: 26 abr. 2016.

BOTTEGA, F. H.; FONTANA, R. T. A Dor como Quinto Sinal Vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 19, n. 02, p. 283-90, abr./Jun., 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/09>>. Acesso em: 16 out.2016

BOTTEGA, F.H., *et al.* Avaliação da Dor em Neonatos e Crianças em Terapia Intensiva. **Rev de Pesquisa Cuidado é Fundamental**. [online], v. 06, n. 03, p. 909-917, jul./set., 2014. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3115/pdf_1331>. Acesso em: 26 out. 2016.

BRAGA, P. P.; SENA, R. R. de. Avanços na Atenção ao Prematuro e a Continuidade da Assistência: reflexão sobre rede de cuidados. **Rev. Enferm. Centro Oeste Mineiro**, v. 03, n. 03, p. 899-908, set./dez., 2013. Disponível em:

<<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/421/528>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

BUENO, M. *et al.* Reflexões sobre Cuidados Paliativos no Período Neonatal: prática hospitalar. **Rev. Prática Hospitalar**, v. 11, n. 50, p.87-90, mar./abr., 2007. Disponível em: < <http://www.paliativo.org.br/dl.php?bid=44>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

CAETANO, E. A. *et al.* O Recém-Nascido com Dor: atuação da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. Escola Ana Nery**, v.17, n. 03, p. 1414, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0439.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2016.

CARDOSO, M. V. L. M. L. *et al.* Respostas Fisiológicas e Comportamentais do Recém-Nascido de Risco durante o Cuidado da Enfermeira. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 01, p. 98-105, 2007. Disponível em:<<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4705/2623>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

CARDOSO, M. V. L. M. L. *et al.* Ruídos e Barulhos na Unidade Neonatal. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 63, n. 04, p. 10, jul./ago., 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/10.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN-nº 358/2009**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 24 abr. 2016.

COSTA, R. M. J.; NASCIMENTO, M. de J. P. do. A Responsabilidade do Enfermeiro na Humanização da Assistência em Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. de Enfermagem**. Santo Amaro, SP, v. 02, p. 40-4, 2001. Disponível em:<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2001-09.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

COSTA, R.; PADILHA, M. I. O Hospital Infantil como Marco no Atendimento ao Recém-Nascido de Risco em Santa Catarina (1987-2009). **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 19, n. 03, jul./set., 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a08v19n3>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

COSTA, R.; PADILHA, M. I. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Possibilitando Novas Práticas no Cuidado ao Recém-nascido. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 32, n. 02, p. 248-55, jun., 2011. Disponível em:

<<http://www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem/article/view/18800/12768>>. Acesso em: 05 out. 2016.

CRESCÊNCIO, E. da P. *et al.* Avaliação e Alívio da Dor no Recém-Nascido. **Rev. Eletrônica de Enferm.** [internet], v. 11, n. 01, p. 64-9, 2009. Disponível em:<https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2016.

D'ARCADIA, M. Z. *et al.* Estresse Neonatal: os impactos do ruído e da superestimulação auditiva para o recém-nascido. **Rev. Movim.**, v. 05, n. 03, 2012. Disponível em: <www.nee.ueg.br/seer/index.php/movimenta/article/viewFile/606/472>. Acesso em: 04 ago. 2016.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. da G. O Desafio de Implementar as Ações de Saúde do Trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 10, n. 04, out./dez., 2005. Disponível em: <http://www.sielo.br/sielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232005000400007&ing=pt&lng=pt&userID=-2>. Acesso em: 26 jun. 2016.

ECA - ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Lei nº **8.069**, 13 de julho de 1990, art.12º e redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016. 2005. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.>. Acesso em: 16 mai. 2016.

FARIAS *et al.* Cuidados de Enfermagem no Alívio da Dor de Recém-Nascido: revisão integrativa. **Rev. Rene**. Fortaleza, SE, v. 12, n. 04, p. 866-74, out./dez., 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2_pdf/Rev%20Rene%2012.2.pdf>. Acesso em: 17 out. 2016.

FORTES, J. I. Prestando Assistência de Enfermagem ao Recém-Nascido Normal e de Risco- Livro do aluno: neonatologia de risco. **FUNDAP**, São Paulo, SP, v. 01, p. 58-83, 2011. Disponível em: <http://tecsauesp.gov.br/pdf/Livro_do_Aluno_NEONATOLOGIA__E_RISCO.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2016.

FREITAS, Z. M. da P. *et al.* Escalas para Avaliação de Dor em Neonatologia e sua Relevância para a Prática de Enfermagem. Grupo editorial Moreira JR. **Rev. Ped. Moderna**, v. 68, n. 01, p. 18-24, jan., 2012. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4923.s0031-39202012004700004>. Acesso em: 14 mai. 2016.

GAÍVA, M. A. M. Dor no Recém-Nascido: prática e conhecimentos atuais. Grupo editorial Moreira JR. **Rev. Bras. Med.**, 2000. Disponível em:<http://www.Moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=1465>. Acesso em: 12 mai. 2016.

GAÍVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. Processo de Trabalho em Saúde e Enfermagem em UTI Neonatal. **Rev. Latino-americana Enferm.** mai./jun. 2004. Disponível em: <<http://www.usp.br/rlae/article/viewFile/1883/1940>>. Acesso em: 14 mai. 2016.

GOMES, C. A.; HAHN, G. V. Manipulação do Recém-Nascido Internado em UTI: alerta à Enfermagem. **Rev. Dest. Acad.**, v. 03, n. 03, 2011. Disponível em: <<http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/119/117>>. Acesso em: 04 ago. 2016.

GUINSBURG, R.; CUENCA, M. C. A Linguagem da Dor no Recém-Nascido. Documento científico do departamento de neonatologia. **Sociedade Brasileira de Pediatria** [online]. São Paulo, SP, p. 12, out., 2010. Disponível em: http://www.sbp.com.br/pdfs/doc_linguagem-da-dor-out2010.pdf. Acesso em: 02 out. 2016.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Tábua Completa de Mortalidade 2013**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2013/defaulttab_pdf.shtm> Acesso em: 01 out. 2016.

KAMADA, I. *et al.* Internações em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no Brasil - 1998-2001. **Rev. de Enferm. Latino Americana**, Ribeirão Preto, SP, v. 11, n. 04, jul./ago., 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a05.pdf>>. Acesso em: 14 mai. 2016.

LÉLIS, A. L. P. de A. *et al.* Cuidado Humanístico e Percepções de Enfermagem Diante da Dor do Recém-Nascido. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, RJ, v.15, n. 04, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452011000400006> Acesso em: 04 ago. 2016.

LEMOS, S; AMBIEL, CR. Dor em Pediatria: Fisiopatologia, Avaliação e Tratamento. **Rev. Saúde Pesquisa**. [online], v. 03, n. 03, p. 371-378, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/viewFile/1685/1158>>. Acesso em: 21 out. 2016.

LINHARES, M. B. M.; DOCA, F. N. P. Dor em Neonatos e Crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. **Rev. da Soc. Bras. Psicologia**, v. 18, n. 02, p. 307-325, 2010. Disponível em: <<http://pepsicBvsalud.org/pdf/tp/v18n2/v18n2a06.pdf>> . Acesso em: 20 out. 2016.

LINS, R.N.P., *et al.* Percepção da Equipe de Enfermagem acerca da Humanização do Cuidado na UTI Neonatal. **Rev. Bras. de Ciência da Saúde**. [online], v. 17, n. 03,

p. 225-232, 2013. Disponível em: < file:///C:/Users/Usuario/Downloads/14021-30644-1-PB.pdf>. Acesso em: 22 out. 2016.

JORDÃO, K.R., *et al.*. Possíveis Fatores Estressantes na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em Hospital Universitário. **Rev. Bras. Terapia Intensiva**. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/2016nahead/0103-507X-rbti-20160_041.pdf>. Acesso em: 22 out. 2016.

MAGALHAES, F. J. *et al.* Respostas Fisiológicas e Comportamentais de Recém-Nascidos Durante o Manuseio em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Rene**, Fortaleza, CE, p. 136-143, 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a18v12n1.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2016.

MARQUES, P. A.; MELO, E. C. P. O Processo de Trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Escola Enfermagem USP**. São Paulo, SP, v. 45, p. 374-80, 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a10.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2016.

MARTINS, C. F. *et al.* Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: o papel da enfermagem na construção de um ambiente terapêutico. **Rev. Enferm. Cent. Mineiro**. v. 01, n. 02, p. 268-76, abr./jun., 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu./index.php/recom/article/view/44>> Acesso em: 23 abr. 2016.

MENDES, L. C., *et al.*. A Dor no Recém-Nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Enfermagem UNP**. [online], Recife, PE, v. 07, n. 11, p. 6446-54, nov., 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revista_enfermagem/index.php/revista/article/view/3007/pdf_3911>. Acesso em: 25 out. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Portaria Nº 693, de 05 de julho de 2000**. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Coordenação de Sistemas de Informação. Brasília, DF, 2000. Disponível em: < http://www.sna.saude.gov.br/legisla/legisla/rec_n/GM_P693_00rec_n.doc>. Acesso em: 30 set. 2016.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE.Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso método mãe canguru: manual do curso/secretaria de atenção à saúde. Área de Saúde da Criança. ed. 01, p. 145. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/mannualcanguru.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2016

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção**. v. 1, Brasília, DF, 2010. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 930**, de 10 de maio de 2012/2013. Brasília, DF, 2012/2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudel/egis/gm/2012/prt0930_10_05_0_12.html>. Acesso em: 20 abr. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru. **Caderno do tutor** ed. 1. reimpr. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs/>>. Acesso em: 05 mai. 2016.

MOREIRA, R. A. N. *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade Neonatal. **Cogitare Enfermagem**, Fortaleza, CE, v. 17, n.04, p. 710-6, out./dez., 2012. Disponível em: <<http://www.ufmt.br/ufmt/site/userfiles/UTIneonatal.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

NASCIMENTO, T. O.; MARANHÃO, D. G. Prevenção do Estresse Neonatal: desafio para a equipe de enfermagem. **Rev. de Enferm. UNISA**, Santo Amaro, SP, v. 11, n. 02, p. 134-7, 2010. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2010-2-14.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2016.

NEVES, F. A. M.; CORRÊA, D. A. M. Dor em Recém-Nascidos: a percepção da equipe de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 07, n. 04, p. 461-467, out./dez., 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/.../390>> Acesso em: 13 mai. 2016.

NÓBREGA, F. de S. *et al.* Procedimentos Dolorosos e Medidas de Alívio em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Med.**, São Paulo, SP, v. 86, n. 04, p. 201-206, 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=498941&indexSearch=ID>>. Acesso em: 04 ago. 2016.

OLIVEIRA, B. R. G. *et al.* O Processo de Trabalho da Equipe de Enfermagem na UTI Neonatal e o Cuidar Humanizado. **Texto & Contexto Enfermagem [online]**, n. 15, p. 105-113, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspea12.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2016.

OLIVEIRA, L. L. de; SANINO, G. E. de C. A Humanização da Equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: concepção, aplicabilidade e interferência na assistência humanizada. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, São Paulo, SP, v. 11, n. 02, p. 75-83, 2011. Disponível em: <<http://www.c sobep.org.br>>

/revista/images/stories/pdf-revista/vol11-n2/v.11_n.2-art2.a-umanizacao-da-equipe.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2016.

OLIVEIRA, R. M. *et al.* Implementação de Medidas para o Alívio da Dor em Neonatos pela Equipe de Enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, RJ, v. 15, n. 02, p. 277-283, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-1452011000200009>. Acesso em: 04 ago. 2016.

PINTO, E. da F. *et al.* O Estresse no Neonato Pré - Termo: uma reflexão axiológica acerca de possíveis influências dos fatores sensório - ambientais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Fit. Perf.**, v. 7, n. 5, p. 345-51, set./out., 2008. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/des_carga/articulo/2936197.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2016.

PULTER, M.E.; MADUREIRA, V.S.F. Dor no Recém-Nascido Percepções da Equipe de Enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, SP, v. 02, n. 02, p. 139-146, jul./dez. 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v2i2.5536>>. Acesso em: 30 out. 2016.

PRESBYTERO, R. *et al.* Os Enfermeiros da Unidade Neonatal frente ao Recém-Nascido com Dor. **Rev. Rene**, v. 11, n. 01, p. 125-132, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3240/32402796912.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2016.

PRESTES, A.C.Y., *et al.* Frequência do Emprego de Analgésicos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal Universitárias. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 05, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n5/v81n5a12.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2016.

REICHERT, A. P. S. *et al.* Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. **Rev. Elet. Enferm.** [online], v. 09, n. 01, p. 200-13, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>>. Acesso em: 23 abr. 2016.

REIS, L. S. *et al.* Percepção da Equipe de Enfermagem sobre Humanização em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal e Pediátrica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 02, p. 118-124, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472013000200015>. Acesso em: 30 out. 2016.

RODRIGUES, R. G., OLIVEIRA, I. C. dos S. Os Primórdios da Assistência aos RN do Exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia-1870-1903. **Rev. Elet. Enferm.** v. 06, n. 02, 2006. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fem.htm>. Acesso em: 15 set. 2016.

ROLIM, K. M. C.; CARDOSO, M. V. L. M. L. O Discurso e a Prática do Cuidado ao Recém-Nascido de Risco: refletindo sobre a atenção humanizada. **Rev. Latino-am Enferm.**, v.14, n. 01, p. 85-92, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a12.pdf>. Acesso em: 30 out. 2016.

ROSEIRO, C. P.; PAULA, K. M. P. de. Concepções de Humanização de Profissionais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Estud. Psicol.** [online], Campinas, SP, v. 32, n. 01, p. 109-119, jan./mar., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2015000100109>. Acesso em: 04 ago. 2016.

ROSSETTO, M. *et al.* Cuidados ao Recém-nascido em Terapia Intensiva: tendências das publicações na enfermagem. **Vitalle. Rev. Ciências Saúde**, Rio Grande, RS, v. 23, n. 01, p. 45-56, 2011. Disponível em: <<https://www.seer.furg.br/vitalle/article/view/1830/2418>>. Acesso em: 05 set. 2016.

SANTOS, L. M. *et al.* Avaliação da Dor no Recém-Nascido Prematuro em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. de Enferm.**, Brasília, DF, v. 65, n. 01, p. 27-33, jan./fev., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/04.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2016.

SCOCHI, C.G.S., *et al.* A Dor na Unidade Neonatal sob a Perspectiva dos Profissionais de Enfermagem de um Hospital de Ribeirão Preto-SP. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 59, n. 02, 2006. 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=485406&indexSearch=ID>>. Acesso em: 04 ago. 2016.

SILVA, L. J. *et al.* Tecnologia e Humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no Contexto do Processo Saúde Doença. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, SP, v. 43, n. 03, set., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a26v43n3.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

SILVA N. D.; VIEIRA M. R. R. A Atuação da Equipe de Enfermagem na Assistência ao Recém-Nascido de Risco em um Hospital de Ensino. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 15, n.03,p.110-6,jul./set.,2008. Disponível em: <<http://repositorio-racs.famerp.br/racsol-vol-15-3/IDN273.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

SIMSEN, C. D.; CROSSETTI, M. da G. de O. O Significado do Cuidado em UTI Neonatal na Visão de Cuidadores em Enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, RS, v. 25, n. 02, p. 231-42, ago., 2004. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/viewFile45102447>>. Acesso em: 10 out. 2016.

SOUZA, A. B. G. Enfermagem Neonatal: cuidado integral ao recém-nascido. In: CHAVES, L. D. **A avaliação da Dor do Recém-Nascido**. 1. ed. São Paulo, SP: Martinari, 2011. p. 197-203.

SOUZA, A. B. G. Enfermagem Neonatal: cuidado integral ao recém-nascido. In: _____. **Recepção e Avaliação do Recém-Nascido**. 1. ed. São Paulo, SP: Martinari. 2011. p. 65-76.

SOUZA, B. B. B. *et al.* Avaliação da Dor como Instrumento para Cuidar de Recém-Nascidos Pré-termo. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 15, p. 88-96, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea10.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2016.

SOUZA, K. M. O. de; FERREIRA, S. D. Assistência Humanizada em UTI Neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 15, n. 02, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000200024>. Acesso em: 04 ago. 2016.

SOUZA, N. R. de *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem: dificuldades referidas por enfermeiros de um Hospital Universitário. **Rev. de Enferm., UFP**. [online], Recife, PE, v. 09, n. 03, p. 7104-10, mar., 2015. Disponível em: <<http://www.verista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/.../11742>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

SOUZA, M.W.C.R. *et al.* Quantificação das Manipulações em Recém-Nascidos Pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva: uma proposta de elaboração de protocolo. **Rev. ConScientiae Saúde**, v. 07, n. 02, p. 269-74, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92970217>>. Acesso em: 23 out. 2016.

TAMEZ, R. N.. Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. In: _____. **Estrutura e Organização da UTI Neonatal**. 5. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan. 2012. cap.1. p. 1-12.

VERONEZ, M.; CÔRREA, D. A. M. A Dor e o Recém-Nascido de Risco: percepção dos profissionais de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v. 15, n. 02, p. 263-270, abr./jun., 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/download/17859/11652>>. Acesso em: 04 ago. 2016.