

Perception of pain in newborns by nursing team in a neonatal intensive care unit

| Percepção da dor em neonatos pela equipe de enfermagem de unidade de terapia intensiva neonatal

ABSTRACT | Introduction: *Due to the premature newborn's inability to verbally express their distress in the face of intrusive procedures, pain assessment is a serious concern in neonatal intensive care units.* **Objective:** *This study aimed to evaluate the knowledge of the nursing team of the Neonatal Intensive Care Unit concerning the identification of pain, painful procedures and non-pharmacological measures for pain relief in neonates.* **Methods:** *This cross-sectional study was carried out with 55 (100%) nursing professionals working at a tertiary neonatal care unit in an academic hospital between March and August 2014. A class was taught to the nursing team and a questionnaire was designed.* **Results:** *The painful procedures most remembered by staff were venous and arterial puncture and upper airways suctioning. Non-pharmacological measures, such as oral glucose, swaddling and skin-to-skin contact were also mentioned. Concerning the recognition of pain, aspects related to behavioral changes, such as facial expression, crying and motor agitation, were most remembered.* **Conclusion:** *These findings stress the importance of improving the team's perception of neonatal pain, emphasizing lifelong education as part of the process of care in neonatal care units.*

Keywords: Pain; Neonatology; Nursing team.

RESUMO | Introdução: Devido à incapacidade do recém-nascido prematuro em expressar verbalmente seu sofrimento diante de procedimentos intrusivos, a avaliação da dor é uma constante preocupação das equipes nas unidades de cuidados intensivos neonatais. **Objetivo:** Esta pesquisa teve como objetivo avaliar conhecimentos da equipe de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal a respeito da identificação da dor, procedimentos dolorosos e medidas não farmacológicas para alívio da dor em neonatos. **Métodos:** Realizou-se estudo transversal com 55 (100%) profissionais de enfermagem atuantes em unidade de cuidados neonatais terciários, de um hospital público universitário, entre março e agosto de 2014. Foi ministrada aula para a equipe e, depois dela, imediatamente aplicou-se um instrumento de coleta na forma de questionário. **Resultados:** Os procedimentos dolorosos mais lembrados pela equipe foram punção venosa e arterial e aspirações de secreções. Como medidas não farmacológicas, foram citadas glicose via oral, contenção e contato pele a pele. Quanto ao reconhecimento da dor, foram mais lembrados aspectos relacionados a alterações comportamentais, como expressão facial, choro e agitação motora. **Conclusão:** Diante dos resultados, demonstra-se a importância de melhorar a percepção da equipe diante da dor do neonato, enfatizando a educação permanente como parte do processo na assistência em unidades de cuidado neonatais.

Palavras-chave | Dor; Neonatologia; Equipe de enfermagem.

¹Universidade Federal do Paraná. Curitiba/PR, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Inúmeros procedimentos são realizados diariamente nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal como parte de estratégias terapêuticas que visam garantir a sobrevivência dos recém-nascidos prematuros ou a termo, e muitos são intrusivos e potencialmente dolorosos. As respostas a esses estímulos nociceptivos frequentemente trazem alterações cardiovasculares, respiratórias e endócrino-metabólicas que podem resultar no aumento da morbimortalidade neonatal. A exposição repetida à dor, que muitas vezes é subtratada, também pode desencadear respostas comportamentais de longa duração sobre o sistema nociceptivo, resultando em um processamento alterado da percepção da dor e do estresse durante a infância e adolescência¹.

Durante muito tempo, a dor em recém-nascidos (RN) foi subestimada, pois se acreditava na incapacidade de percepção do estímulo doloroso por parte dos neonatos. Pesquisas complexas têm comprovado que os neonatos a termo e prematuros possuem componentes funcionais e neuroquímicos necessários à percepção e transmissão dos impulsos dolorosos ao córtex central, embora a maturação e organização do sistema continuem na vida pós-natal².

É imprescindível aperfeiçoar e treinar a equipe de profissionais da saúde para perceber, avaliar e tratar a dor sentida pelo RN prematuro, diminuindo a distância entre os conhecimentos sobre dor neonatal e a prática clínica. Além de contribuir para uma recuperação mais rápida desses pacientes, ocorre a melhoria na qualidade da assistência prestada^{2,3}. O treinamento da equipe deve ser voltado para o conhecimento das alterações fisiológicas e comportamentais que acompanham um fenômeno doloroso nos recém-nascidos, bem como a utilização de instrumentos de avaliação e mensuração da dor³. Apesar do consenso quanto à importância do reconhecimento da dor no período neonatal, sabe-se que alguns obstáculos interferem na sua avaliação, entre os quais a falta de um método considerado padrão-ouro para avaliação da dor, o caráter subjetivo da dor e da incapacidade de verbalização do paciente⁴.

Embora haja consenso que a avaliação da dor deva ser sistematizada como 5º sinal vital, o entendimento e as percepções a respeito da dor neonatal por parte da equipe de saúde ainda não são bem conhecidos. Considerando-se a importância do tema, as repercussões nos neonatos, realizou-se este estudo, que teve como objetivo avaliar

os conhecimentos da equipe de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) a respeito da identificação da dor, procedimentos dolorosos e medidas não farmacológicas para alívio da dor em neonatos.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo transversal, prospectivo, que ocorreu entre março a agosto de 2014, em um hospital público universitário. O projeto de pesquisa foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, sob o parecer nº 706.623. Os participantes foram convidados pela própria pesquisadora e concordaram livremente em colaborar com a pesquisa.

Consistiram critérios de inclusão ser profissionais de enfermagem atuantes na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e concordarem em participar do estudo após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Inicialmente foi realizada uma capacitação para equipe enfermagem no formato de aula explicativa. Foram abordados os aspectos gerais da dor no prematuro, procedimentos dolorosos, reconhecimento de sinais e medidas não farmacológicas para alívio da dor. E foram apresentadas duas escalas para avaliação da dor, *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS)¹, *Premature Infant Pain Profile* (PIPP)⁵. Para contemplar toda a equipe neonatal, foram realizadas 20 aulas distribuídas nos três turnos, e cada membro da equipe participou uma única vez. Tais aulas duravam cerca de 30 minutos e, no mesmo dia, era realizada a coleta de dados.

Na sequência, aplicou-se um instrumento elaborado para esta investigação, que foi constituído em duas partes. Na primeira parte, constaram os dados relacionados à categoria profissional, idade, qualificação, participação prévia de treinamento que abordasse o tema dor em neonatologia, tempo de atuação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A segunda parte, com questionário contendo três perguntas para serem listadas espontaneamente: a) Quais os procedimentos que considera doloroso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal? b) Quais as medidas não farmacológicas que conhece para recém-nascidos prematuros? c) Quais as características a serem observadas para avaliação da dor neonatal?

Todos os dados do estudo coletados foram registrados no instrumento de coleta de dados. Posteriormente, os dados foram digitados em planilha eletrônica *Microsoft Excel*®, conferidos e exportados para *softwares* de estatística *Statistic (Statsoft)*®, de propriedade do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, para análise de dados.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Constituíram a amostra 55 (100%) profissionais de enfermagem, dos quais, 30 (54,5%) auxiliares de enfermagem; 16 (29,1%) técnicas de enfermagem; e 9 (16,4%) enfermeiros. Desses, 54 (98,2%) eram do sexo feminino. Portanto a amostra foi composta por 100% da categoria profissional, que se reveza em três turnos de trabalho (matutino, vespertino e noturno). A equipe estudada atende 25 leitos da Unidade de Terapia Intensiva, sendo 10 leitos de alto risco (UTIN), 10 leitos de Unidade de Cuidados Comuns (UCINCo) e 5 leitos de Unidade de Cuidados Canguru (UCINCa).

A média de idade dos profissionais foi de $42,05 \pm 9,05$ (IC 95%=39,6 – 44,5). Entre os profissionais estudados, 30 (54,5%) tinham qualificação superior ao cargo em exercício; e 24 (43,6%) já haviam participado de treinamento prévio para percepção da dor neonatal. A mediana de tempo de serviço na unidade foi de 11 anos, variando de 1 a 25 anos (IC 95%=1-22).

Equipes distintas estudadas apresentam semelhanças com relação ao tempo de serviço em unidades neonatais e têm percepções semelhantes aos eventos dolorosos e avaliação^{6,7}. Em comum, as equipes atuantes são formadas predominantemente pelo sexo feminino^{7,8}. Outra investigação em hospital universitário que atua em pediatria mostrou que mais de 80% participam de treinamentos. Traduzindo em melhor assistência ao paciente⁸.

Sabe-se que alguns fatores influenciam diretamente a avaliação da dor nas UTIN, além da idade gestacional do RN, e do instrumento utilizado, o tempo de serviço do examinador, sua capacitação de reconhecer e interpretar a comunicação não verbal do RN⁹. A dor relacionada a procedimentos deve ser avaliada pela equipe multiprofissional, bem como a utilização de mais de uma escala, pois não existe um padrão-ouro na avaliação. E a

equipe, depois de treinada e familiarizada, deve escolher entre as escalas validadas quais se adaptam ao perfil clínico dos pacientes¹⁰.

Sabe-se que o ambiente de terapia intensiva é repleto de equipamentos, tecnologias. Há também o lado humanizado, formado pelos profissionais atuantes, que proporcionam ao paciente, além de cuidado de qualidade, acolhimento e um olhar sensível à dor, que é resultado dos procedimentos mais intrusivos¹¹.

Os demais resultados obtidos serão apresentados em três categorias.

Os próprios participantes elencaram espontaneamente 24 procedimentos considerados dolorosos na sua rotina de atuação, estando apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Procedimentos considerados dolorosos pela equipe da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Curitiba, PR, Brasil, 2014

Procedimento	n	%
Punção venosa	54	98,2
Punção arterial	51	92,3
Aspiração de secreções: VAS*, CET**, traqueostomia	43	78,2
Retirada de adesivos	34	68,2
Sondagem vesical	32	58,2
Troca de curativo	31	56,4
Manuseio brusco	31	56,4
Sondagem orogástrica	28	52,7
Punção de calcâneo	28	50,9
Intubação traqueal	23	41,8
Drenagem de tórax	23	41,8
Fototerapia – luz forte	23	41,8
Passagem de PICC***	21	38,2
Barulho	20	36,4
Punção lombar	18	32,7
Aplicação de Vacina	16	29,1
Cateterismo umbilical	15	27,3
Trocado sensor de oxímetro de lugar	12	21,8
Oftalmoscopia	10	18,2
Banho, troca de fraldas e peso	10	18,2

Legenda: *VAS=Vias aéreas superiores; **CET=Cânula endotraqueal; ***PICC=Cateter central de inserção periférica.

Além dos procedimentos mais lembrados apresentados na Tabela 1, houve outros procedimentos considerados dolorosos que foram menos citados pelos profissionais, por exemplo: permanência com *prong* nasal de CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*): 8 (14,5%); manuseio com o paciente nos primeiros dias de pós-operatório: 8 (14,5%); flebotomia: n=7 (12,7%) e fisioterapia: 1 (1,8%).

Os procedimentos invasivos realizados rotineiramente, como a punção venosa e arterial, são os mais lembrados e concordam com a literatura científica, que cita também as manipulações relacionadas ao estresse⁶. Entretanto, alguns trabalhos citam que não é utilizada nenhuma escala de mensuração da dor¹².

A academia americana e canadense de pediatria estabelece recomendações que propõem atenção ao número de procedimentos dolorosos, tentando reduzi-los, como: evitar os procedimentos invasivos à beira do leito; antecipar e tratar a dor pós-operatória; evitar a dor e o estresse sincrônicos durante os cuidados¹³.

Quando a equipe de enfermagem foi questionada sobre as medidas não farmacológicas para alívio da dor em UTIN, referiu espontaneamente até nove medidas a serem utilizadas durante e imediatamente após os procedimentos dolorosos. Dos 55 profissionais que participaram do estudo, 43 (78,2%) relataram pelo menos quatro medidas, estando apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Medidas não farmacológicas para alívio da dor conhecidas pela equipe de enfermagem. Curitiba/PR, Brasil, 2014

Medidas não farmacológicas para alívio da dor	n	%
Glicose via oral	49	89,1
Enrolamento	44	80,0
Contato pele a pele	41	74,5
Sucção	38	69,1
Conforto*	38	69,1
Falar baixo	22	40
Ninho	17	30,9
Colo	16	29,1
Mudança de decúbito	10	18,2

Legenda: *conforto: estão agrupados cuidados com o acesso, troca de fralda, diminuir estímulos visuais, diminuir estímulos sonoros, preservar o sono, retirada de adesivos com óleo.

Sabe-se que o controle da dor em neonatos prematuros melhora a estabilidade clínica e diminui complicações. A utilização de medidas não farmacológicas auxilia o recém-nascido a modular as respostas de dor, tendo implicações positivas para o desenvolvimento e plasticidade do cérebro. As medidas propostas são o posicionamento adequado, contenção, uso de substâncias adocicadas, sucção, posição canguru, controle sonoro, térmico e de luminosidade do ambiente¹⁴.

A equipe estudada se lembrou espontaneamente de medidas não farmacológicas utilizadas rotineiramente na unidade, como: utilização da glicose via oral; contenção do paciente durante o procedimento doloroso; contato pele a pele; sucção; medidas de conforto relacionadas aos cuidados com o acesso venoso; troca de fraldas; diminuição de estímulos visuais e sonoros; e posicionamento no leito com utilização do ninho. O emprego dessas medidas tem como objetivo proporcionar posicionamento adequado e controle da dor. Elas são realizadas de acordo com os conhecimentos adquiridos em treinamentos anteriores, devido à falta de protocolo na referida unidade.

Nas unidades de terapia intensiva neonatal, o uso de analgesia e sedação nem sempre são frequentes, e a impossibilidade de o neonato verbalizar o que sente muitas vezes faz com que se desconsidere a dor e o desconforto sentido pelos pacientes durante os procedimentos e manuseios necessários ao recém-nascido doente^{15,16}.

Sabe-se que, além da terapêutica medicamentosa, existem estratégias não farmacológicas para atenuar a dor aguda decorrente da realização de procedimentos, tais como punção venosa, arterial e de calcâneo para coleta de amostras sanguíneas¹⁵. A utilização da contenção facilitada, em que o recém-nascido é mantido em posição flexionada pelo contato das mãos dos familiares ou da equipe; contenção por meio de cueiros; leite materno; e método canguru, são medidas descritas em revisão integrativa de literatura¹⁷. Entre os tratamentos não farmacológicos mais estudados estão a sucção não nutritiva, com e sem sacarose; aleitamento materno; contenção realizada com cueiros ou com as mãos do cuidador; posição canguru; e massagem terapêutica¹⁸.

Toda equipe de saúde que presta cuidados em unidades neonatais tem no desempenho de sua atividade assistencial responsabilidade de avaliar a presença de dor e de implementar medidas não farmacológicas para sua prevenção e alívio, bem como agir no sentido da

redução de estímulos estressantes no ambiente neonatal⁶. O recém-nascido internado é submetido a estímulos dolorosos agudos e crônicos, sendo necessário receber assistência adequada dos profissionais envolvidos no sentido de atenuar consequências, proporcionar conforto e estabilidade. Há uma grande variedade de intervenções não farmacológicas que possuem eficácia comprovada. Essas medidas apresentam baixo risco para o recém-nascido e baixo custo de execução¹⁹.

Como a equipe de enfermagem avaliada não se utiliza de escala de dor de maneira sistematizada, foi perguntado quais as características observadas para diagnosticar dor no paciente neonatal. As respostas estão expostas na Tabela 3.

Tabela 3 - Características observadas para avaliação da dor neonatal, pela equipe de enfermagem. Curitiba/PR, Brasil, 2014

Características	n	%
Expressão Facial	53	96,4
Choro	52	94,5
Agitação motora	49	89,1
Alteração da Frequência Cardíaca	41	74,6
Alteração Saturação Oxigênio	39	70,9
Alteração da Frequência Respiratória	18	32,7
Alteração da Pressão Arterial	6	10,9

A dor relacionada a procedimentos que o recém-nascido prematuro está exposto durante o internamento deve ser controlada pela equipe, para tanto é preciso saber identificá-la, seja pela observação da alteração da mímica facial, seja pelas alterações dos dados vitais⁴. As avaliações realizadas utilizando-se escalas apresentam limitações pela falta de padrão-ouro na avaliação na população neonatal e pela influência da interpretação pessoal nos sinais de dor emitidos pelo recém-nascido. São recomendadas as escalas multidimensionais, que podem ser mais sensíveis para a identificação da dor aguda em recém-nascidos¹.

Neste estudo, quando a equipe foi questionada sobre a percepção da dor, as características motoras, expressão facial seguida pelo choro e agitação motora foram lembradas por maior número de profissionais. As alterações fisiológicas lembradas foram as alterações de frequência cardíaca, de saturação periférica de oxigênio de frequência respiratória e de pressão arterial. As escalas de avaliação não apareceram em nenhuma resposta, pois não estavam implantadas neste serviço na época da pesquisa.

Os profissionais da equipe de enfermagem percebem a dor baseada em sua vivência profissional e científica, bem como pela influência cultural. Concordam que a dor é percebida pela equipe mediante alterações comportamentais e fisiológicas dos recém-nascidos. Entre as alterações comportamentais, destacaram o choro, expressão facial, resposta motora e irritabilidade^{6,15}. Apesar do grande número de procedimentos que tem como resultado dor para o recém-nascido, a prevenção e o tratamento são subutilizados pelas equipes⁸.

Entre os parâmetros fisiológicos mais utilizados para avaliação do fenômeno doloroso estão a frequência cardíaca, frequência respiratória a saturação de oxigênio e a pressão arterial¹⁵. Entretanto, enfatiza-se que tais medidas não são especificamente relacionadas à dor, e não podem ser utilizadas de maneira isolada para decidir se há presença de dor e necessidade de analgésicos. Devem ser observadas também as reações comportamentais dos neonatos, entre as quais o choro, a alteração da mímica facial e a atividade motora^{5,20}.

CONCLUSÃO |

Os resultados do presente estudo revelam que a equipe estudada apresenta semelhanças com outras equipes atuantes em unidades de terapia intensiva neonatal no que diz respeito ao reconhecimento de procedimentos dolorosos e intervenções que possam estar amenizando a dor sentida pelos recém-nascidos. A maioria das equipes utiliza de medidas não farmacológicas, de acordo com o conhecimento e sensibilidade do cuidador, diante da dor do paciente. A falta de protocolos nesta unidade para avaliação e para as intervenções não medicamentosas faz com que a dor do paciente neonatal não seja vista de maneira sistematizada. Sendo, portanto, um desafio a ser superado para assistência neonatal.

O estudo proporcionou informações referentes aos eventos algícos, reflexões quanto às medidas não farmacológicas já utilizadas pela equipe, orientando quanto à eficácia e, sobretudo, trazendo, para conhecimento da equipe, a utilização das escalas para avaliação da dor. Porém, ao realizarmos uma análise estatística, não observamos aquisição de novos conhecimentos após a capacitação. Existindo a necessidade de se ampliar treinamentos para sensibilizar a equipe de maneira permanente. Pois se

espera que uma equipe treinada tenha melhor capacidade em reconhecer, avaliar a dor e propor medidas não farmacológicas para alívio da dor neonatal, tornando o tratamento do recém-nascido menos agressivo e com menor número de consequências.

O estudo contribui para a divulgação do conhecimento a respeito da dor neonatal aos profissionais da área da saúde e acrescenta contribuições à sociedade, uma vez que outras unidades de terapia intensiva poderão se beneficiar de seus resultados e fomentar novas investigações.

AGRADECIMENTOS |

Agradecemos a toda equipe de enfermagem, que se dispôs a participar e, sobretudo, a trocar experiências, a estudar e a aprender mais sobre o recém-nascido prematuro.

REFERÊNCIAS |

1. Cuencas Arias MC, Guinsburg R. Differences between uni- and multidimensional scales for assessing pain in term newborn infants at the bedside. *Clinics (São Paulo)* [Internet]. 2012 [acesso em]; 67(10):1165-70. Disponível em: URL: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3460019/>>
2. Matsuda MR, Martins MR, Neto Filho MA, Matta ACG. Métodos não farmacológicos no alívio da dor no recém-nascido. *Brazilian J Surg Clin Res* [Internet]. 2013 [acesso em]; 5(1):59-63. Disponível em: URL: <<http://www.mastereditora.com.br/bjscr>>.
3. Silva APM, Balda RCX, Guinsburg R. Reconhecimento da dor no RN por alunos de medicina, residentes de pediatria e neonatologia. *Rev Dor* [Internet]. 2012 [acesso em]; 13(1):35-44. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180600132012000100007&script=sci_arttext>.
4. Meek J. Options for procedural pain in newborn infants. *Arch Dis Child Educ Pract* [Internet]. 2012 [acesso em]; 97(1):23-8. Disponível em: URL: <<http://ep.bmj.com/>>.
5. Bueno M, Costa P, Oliveira AAS, Cardoso R, Kimura AF. Tradução e adaptação do premature infant pain profile para

a língua portuguesa. *Texto e Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em]; 22(1):29-35. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_04.pdf>.

6. Amaral JB, Resende TA, Contim D, Barrichello E. Equipe de enfermagem diante da dor do recém-nascido pré-termo. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 [acesso em]; 18(2):241-6. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452014000200241&script=sci_arttext>.
7. Elias LSDT, Santos AMN, Guinsburg R. Perception of pain and distress in intubated and mechanically ventilated newborn infants by parents and health professionals. *BMC Pediatr* [Internet]. 2014 [acesso em]; 14:44. Disponível em: URL: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.artid=3928585&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>.
8. Gaíva MAM, Blanco e Silva F, Azevedo FM, Rubira EA. Procedimentos dolorosos em recém-nascidos prematuros em unidade terapia intensiva neonatal. *Arq Ciênc Saúde*. 2014 [acesso em]; 21(1):48-54. Disponível em: URL: <[http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-1/ID-576-21\(1\)-\(Jan-Mar-2014\).pdf](http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-1/ID-576-21(1)-(Jan-Mar-2014).pdf)>
9. Capellini VK, Daré MF, Castral TC, Christoffel MM, Leite AM, Sochi CGS. Conhecimento e atitude de profissionais de saúde sobre avaliação e manejo da dor neonatal. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2014 [acesso em]; 16(2):361-9. Disponível em: URL: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n2/pdf/v16n2a12.pdf>.
10. Melo GM, Lélis ALPA, Moura AF, Cardoso MVLML, Silva VM. Escalas de avaliação de dor em recém-nascidos: revisão integrativa. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2014 [acesso em]; 32(4):395-402. Disponível em: URL: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0103058214000197>>.
11. Moura KS, Germano RM, Valença CN, Araújo LM, Araújo LM. A percepção do enfermeiro acerca da humanização no processo de cuidar em terapia intensiva. *Rev Bras Pesq Saúde* [Internet]. 2013 [acesso em]; 15(1):122-8. Disponível em: URL: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/5588>>.
12. Azevedo DM, Nascimento VM, Azevedo IC, Cavalcanti RD, Sales LKO. Assistência de enfermagem à criança com dor : avaliação e intervenções da equipe de enfermagem. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2014 [acesso em]; 16(4):23-31.

Disponível em: URL: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/11170/7780>>.

13. Anand KJS. Prevention and treatment of neonatal pain. *UpToDate* [Internet]. 2015 [acesso em]; 1-25. Disponível em: URL: <<http://www.uptodate.com/contents/prevention-and-treatment-of-neonatal-pain#H18639417>>.

14. Honda N, Ohgi S, Wada N, Loo KK, Higashimoto Y, Fukuda K. Effect of therapeutic touch on brain activation of preterm infants in response to sensory punctate stimulus: a near-infrared spectroscopy-based study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* [Internet]. 2013 [acesso em]; 98(3):244-8. Disponível em: URL: <<http://fn.bmj.com/cgi/doi/10.1136/archdischild-2011-301469>>.

15. Cordeiro RA, Costa R. Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém nascido: uma construção coletiva da enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em]; 23(1):185-92. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00185.pdf>.

16. Felisbino I, Souza EK, Micos AP, Veiga TP, Santos MF, Motter AA. Contribuições da massagem Shantala aplicada a bebês de uma unidade de terapia intensiva. *Ter Man* [Internet]. 2012 [acesso em]; 10(47):75-80. Disponível em: URL: <<http://submission-mtprehajournal.com/revista/article/viewFile/69/34>>.

17. Entringer AP, Durante AL, Thomaz PMM. Medidas não farmacológicas para controle da dor no recém-nascido pré-termo. *Rev Rede Cuid Saúde* [Internet]. 2013 [acesso em]; 7(2):1-14. Disponível em: URL: <<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/1918>>.

18. Hall RW, Anand KJS. Pain management in newborns. *Clin Perinatol* [Internet]. 2014 [acesso em]; 41(4):895-924. Disponível em: URL: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.clp.2014.08.010>>.

19. Motta GCP, Cunha MLC. Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em]; 68(1):131-5. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672015000100131>.

20. Heng RM, Poon WB, Ho SKY. Flacc is a valid and reliable tool as compared to the pipp for assessment of

neonatal pain. *Arch Dis Child* [Internet]. 2014 [acesso em 1 abr 2015]; 99(Supl. 2):A491. Disponível em: URL: <http://adc.bmj.com/content/99/Suppl_2/A491.2.short>.

Correspondência para/Reprint request to:

Marimar Goretti Andreazza

Hospital de Clínicas da UFPR,

R. General Carneiro, 181,

Curitiba/PR, Brasil

CEP: 80060-900

E-mail: marimar.andreazza@gmail.com

Submetido em: 27/03/2017

Aceito em: 19/06/2017