



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - DOUTORADO**

MARIANNE ROCHA DUARTE DE CARVALHO

**O SIGNIFICADO DO CUIDADO COM A DOR DE RECÉM-NASCIDOS PARA
PROFISSIONAIS DE SAÚDE: Construção de uma Matriz Teórica**

**TERESINA
2022**

MARIANNE ROCHA DUARTE DE CARVALHO

**O SIGNIFICADO DO CUIDADO COM A DOR DE RECÉM-NASCIDOS PARA
PROFISSIONAIS DE SAÚDE: Construção de uma Matriz Teórica**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha

Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

**TERESINA
2022**

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal do Piauí

Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde Serviço de
Processamento Técnico

C331s Carvalho, Marianne Rocha Duarte de.
 O significado do cuidado com a dor de recém-nascidos para
 profissionais de saúde : construção de uma matriz teórica / Marianne Rocha
 Duarte de Carvalho. -- 2022.
 162 f. : il.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Piauí, Centro de Ciências da
Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Teresina, 2023.

“Orientadora: Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha.”

1. Recém-nascido - Dor. 2. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.
3. Teoria Fundamentalada. 4. Interacionismo Simbólico. I. Rocha, Silvana Santiago
da. II. Título.

CDD 612.88

MARIANNE ROCHA DUARTE DE CARVALHO

**O SIGNIFICADO DO CUIDADO COM A DOR DE RECÉM-NASCIDOS PARA
PROFISSIONAIS DE SAÚDE: Construção de uma Matriz Teórica**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovado em: 09/11/2022

Banca Examinadora

Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha
Universidade Federal do Piauí - Presidente

Profa. Dra. Gláucia Valente Valadares
Universidade Federal do Rio de Janeiro - 1ª Examinadora

Profa. Dra. Marialda Moreira Christoffel
Universidade Federal do Rio de Janeiro - 2ª Examinadora

Profa. Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia
Universidade Federal do Piauí - 3ª Examinadora

Profa. Dra. Herla Maria Furtado Jorge
Universidade Federal do Piauí - 4ª Examinadora

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que esteve sempre ao meu lado durante toda a caminhada do doutorado.

Ao meu **pai Luis** (*in memoriam*) que mesmo distante fisicamente, tenho certeza que vibrou por essa conquista desde o momento da minha aprovação na seleção, e que sua presença espiritualmente se fez presente durante os momentos de dificuldades, mas também de alegrias.

À minha **mãe Carmélia**, por ser meu porto seguro, por me incentivar diariamente e me fazer enxergar que as dificuldades existem, mas que com sabedoria somos capazes de superá-las. Gratidão pela disponibilidade em me ajudar sempre e por todas as renúncias para eu ser quem sou hoje.

Ao meu marido **Leandro**, por vivenciar esse sonho comigo e me incentivar sempre a crescer profissionalmente.

Ao meu filho **Lucas**, que com toda a sua inocência, gestos de amor e carinho e com seus questionamentos quase que diários do porquê eu precisava estudar e “fazer tanta tarefa”, ajudou-me a me manter firme até a conclusão deste doutoramento.

Ao meu irmão **Leonardo** e minha cunhada **Lysia**, por me motivarem e torcerem por todas as minhas conquistas pessoais e profissionais.

À minha sobrinha **Liz**, pelos sorrisos e momentos de descontração nos finais de semana.

À minha orientadora, professora **Dra. Silvana Santiago da Rocha**, obrigada mais uma vez pela confiança, pelo acolhimento e respeito. Por fazer-me acreditar no meu potencial e por ser em si mesmo um exemplo motivador.

À **Universidade Estadual do Piauí**, pelo incentivo à qualificação docente e pela liberação das atividades docentes neste último ano, para que eu pudesse me dedicar à coleta e análise dos dados.

À professora **Dra. Sandra Marina Gonçalves Bezerra**, que não mediu esforços para aprovar o primeiro Doutorado Interinstitucional em Enfermagem (Dinter UFPI-UESPI) e colaborar sempre que solicitada para atender às demandas referentes a este convênio.

À minha coordenadora do Curso de Enfermagem da UESPI Dra. **Samira Rêgo**, pela colaboração nos primeiros anos de doutorado, para que eu conseguisse conciliar minhas atividades docentes com a rotina intensa de aulas e atividades do programa de pós-graduação.

À minha chefia imediata no HU, enfermeira **Eleyne Deyanes**, por se mostrar disponível a adequar minha escala de trabalho às minhas necessidades de estudo.

Aos **Professores** do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPI, pela dedicação e pelas contribuições no meu crescimento intelectual.

Aos **membros da banca examinadora**, pelas valiosas contribuições neste trabalho.

Aos **colegas da turma de doutorado** (2019.1), pelo apoio e pelas trocas de saberes.

Aos **participantes do estudo** e demais profissionais da UTIN da Maternidade Dona Evangelina Rosa, que não se acomodam com os desafios diários, estando sendo dispostos a oferecer o melhor nos cuidados aos recém-nascidos.

Aos demais **familiares e amigos**, pelas orações e energias positivas.

“O primeiro passo para conquistar os sonhos é acreditar na possibilidade da realização. O segundo passo é acreditar em si mesmo e trilhar os caminhos da determinação”.

Viviane Andrade

CARVALHO, Marianne Rocha Duarte. **O significado do cuidado com a dor de recém-nascido para profissionais de saúde:** Construção de uma Matriz Teórica. 2022. 162f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2022.

RESUMO

Introdução: Os recém-nascidos internados em Unidades Neonatais são expostos diariamente a procedimentos invasivos que, apesar de ocasionar dor e desconforto, são necessários para garantir o suporte diagnóstico e terapêutico. Após a identificação e mensuração da dor, devem ser instituídas estratégias adequadas para minimização e/ou controle, sendo esta responsabilidade da equipe multiprofissional. **Objetivo:** Construir uma matriz teórica, a partir da compreensão do universo de significados relacionados ao cuidado de profissionais de saúde com a dor de recém-nascidos, em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Métodos:** Estudo qualitativo, desenvolvido à luz das premissas da Teoria Fundamentada nos Dados, tendo como referencial teórico o Interacionismo Simbólico e que teve como cenário a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de uma maternidade pública de referência em Teresina, Piauí, Brasil. Participaram do estudo 17 profissionais entre enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médico, que compuseram os três grupos amostrais. Para produção dos dados, realizaram-se entrevistas semiestruturadas, guiadas por roteiro de perguntas abertas que ocorreram entre setembro de 2021 e maio de 2022. O processo de codificação aberta, axial e integração foi realizado durante a coleta e análise dos dados, que ocorreu de forma concomitante e comparativa. **Resultados:** Os significados atribuídos pelos profissionais fizeram emergir o fenômeno central: Redefinindo o cuidado ao RN submetido a procedimentos que ocasionam dor e/ou desconforto no contexto da UTIN, ao qual estão relacionadas nove categorias: refletindo sobre a rotina de cuidados, visando tomada de decisão e manejo da dor; desvelando a dimensão subjetiva do cuidado com a dor neonatal; reconhecendo as fragilidades do processo de cuidar; decodificando a linguagem do RN para identificar a experiência dolorosa; modelando o modo de agir dos profissionais diante da dor; desenvolvendo a colaboração interprofissional; percebendo o protagonismo da enfermagem no cuidado com a dor neonatal; deliberando novas práticas para o gerenciamento da dor; destacando a educação permanente como ferramenta potencializadora do cuidado. **Considerações finais:** Os profissionais de saúde devem redefinir o cuidado com o RN, rompendo com as velhas formas de agir, buscando a apreensão de conhecimentos para alicerçar boas práticas, além de manter e reforçar o envolvimento com os pares, pois são fatores imprescindíveis na qualidade da assistência prestada nas unidades neonatais.

Palavras-chave: Recém-nascido. Dor. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Teoria Fundamentada. Interacionismo Simbólico.

CARVALHO, Marianne Rocha Duarte. **The meaning of care to manage pain in newborns in the view of health professionals: Construction of a Theoretical Matrix**. 2022. 162f. Thesis (PhD in Nursing) – Graduate Program in Nursing, Federal University of Piauí, Teresina, 2022.

ABSTRACT

Introduction: Newborns hospitalized in Neonatal Units are exposed, on a daily basis, to invasive procedures that, despite causing pain and discomfort, are necessary to guarantee diagnostic and therapeutic support. After pain identification and measurement, appropriate strategies for minimization and/or control must be implemented and this is a responsibility of the multidisciplinary team. **Objective:** To build a theoretical matrix from the understanding of the universe of meanings related to the care provided by health professionals to manage pain in newborns in a Neonatal Intensive Care Unit. **Methods:** Qualitative study developed in the light of the premises of the Grounded Theory, having Symbolic Interactionism as a theoretical framework and the Neonatal Intensive Care Unit of a public reference maternity hospital in Teresina, Piauí, as its scenario. Seventeen professionals, including nurses, nursing technicians, physical therapists and physicians, who composed three sample groups, participated in the study. Data were produced through semi-structured guided by a script with open questions and carried out between the months of September 2021 to May 2022. The process of open, axial coding and integration was carried out during data collection and analysis, which occurred concurrently and comparatively. **Results:** The meanings attributed by professionals led to the emergence of the central phenomenon: Redefining care for NB submitted to procedures that cause pain and/or discomfort in the NICU context, to which nine categories are related: Reflecting on the care routine aiming at decision making and pain management; revealing the subjective dimension of neonatal pain care; recognizing the weaknesses of the care process; decoding the NB's language to identify the painful experience; modeling the way professionals act in the face of pain; developing interprofessional collaboration; realizing the primary role of nursing in the care aimed at neonatal pain; deliberating new practices for pain management; emphasizing continuing education as a tool to enhance care. **Final considerations:** Health professionals must redefine the care aimed at NB, breaking with the old ways of acting and seeking to gain knowledge to support good practices, in addition to maintaining and reinforcing the involvement with their peers, as these are essential factors to increase the quality of the assistance provided in neonatal units.

Keywords: Newborn. Pain. Neonatal Intensive Care Units. Grounded Theory. Symbolic Interactionism.

CARVALHO, Marianne Rocha Duarte. **El significado del cuidado con el dolor del recién nacido para los profesionales de la salud: Construcción de una Matriz Teórica**. 2022. 162f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Piauí, Teresina, 2022.

RESUMEN

Introducción: Los recién nacidos hospitalizados en Unidades Neonatales están expuestos diariamente a procedimientos invasivos que, a pesar de causar dolor, son necesarios para garantizar el apoyo diagnóstico y terapéutico. Luego de la identificación y medición del dolor, se deben instituir estrategias adecuadas para su minimización y/o control, lo cual es responsabilidad del equipo multidisciplinario. **Objetivo:** Construir una matriz teórica a partir de la comprensión del universo de significados relacionados con el cuidado de los profesionales de la salud con el dolor de los recién nacidos en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. **Métodos:** Estudio cualitativo, desarrollado a partir de premisas de Grounded Theory, teniendo como marco teórico el Interaccionismo Simbólico y como escenario la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de una maternidad pública de referencia en Teresina, Piauí. Participaron del estudio 17 profesionales, entre enfermeros, técnicos de enfermería, fisioterapeutas y médicos, que compusieron los tres grupos de muestra. Para la producción de datos, se realizaron entrevistas semiestructuradas guiadas por preguntas abiertas entre los meses de septiembre de 2021 a mayo de 2022. El proceso de codificación abierta, axial e integración se realizó durante la recolección y análisis de datos, que ocurrió de forma concurrente y comparativa. **Resultados:** Los significados atribuidos por los profesionales llevaron al surgimiento del fenómeno central: Redefinir el cuidado del RN sometido a procedimientos que causan dolor y/o malestar en la UCIN, al que se relacionan nueve categorías: Reflexionar sobre la rutina de cuidar objetivando tomar decisión y manejar el dolor; revelar la dimensión subjetiva del cuidado del dolor neonatal; reconocer las debilidades del proceso de atención; decodificar el lenguaje del RN para identificar la experiencia dolorosa; modelar la forma de actuar de los profesionales frente al dolor; desarrollar la colaboración interprofesional; percibir el papel de la enfermería en el cuidado del dolor neonatal; deliberar sobre nuevas prácticas para manejar el dolor; hacer hincapié en la educación continua como una herramienta para mejorar la atención. **Consideraciones finales:** Los profesionales de la salud deben redefinir el cuidado del RN, rompiendo con las viejas formas de actuar, buscando aprehender conocimientos para sustentar buenas prácticas, además de mantener y reforzar el involucramiento con sus pares, pues estos son factores esenciales en la calidad asistencial proporcionada en unidades neonatales.

Palabras clave: Recién nacido. Dolor. Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Teoría fundamentada. Interacción simbólica.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Representação da interação dos conceitos do Interacionismo Simbólico associados ao objeto de estudo. Teresina, PI, 2022.	33
Quadro 2 – Características diferenciadoras da TFD, segundo as vertentes metodológicas. Teresina, PI, 2021.	37
Quadro 3 – Participantes da investigação, segundo grupo amostral. Teresina, PI, 2022.	53
Quadro 4 – Questões norteadoras das entrevistas. Teresina, PI, 2022.	56
Quadro 5 – Exemplo de codificação aberta na identificação dos códigos preliminares. Teresina, PI, 2022.	61
Quadro 6 – Exemplo de agrupamento de códigos e atribuições de conceitos. Teresina, PI, 2022.	62
Quadro 7 – Exemplo de identificação de categoria e subcategoria do estudo. Teresina, PI, 2022.	63
Quadro 8 – Apresentando memorando escrito durante o processo de coleta e análise de dados. Teresina, PI, 2022.	64
Quadro 9 – Exemplo da etapa de integração. Teresina, PI, 2022.	65
Quadro 10 – Categorias e subcategorias do estudo. Teresina, PI, 2022.	70

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação da interação dos conceitos do Interacionismo Simbólico	31
Figura 2 – Processo de análise dos dados na TFD straussiana	44
Figura 3 – Representação do processo analítico seguido para elaboração da matriz teórica nesta tese.	61
Figura 4 – Diagrama elaborado após a conclusão das entrevistas do primeiro grupo amostral.	67
Figura 5 – Protótipo do diagrama final representativo da matriz teórica deste estudo.	67
Figura 6 – Diagrama representativo do fenômeno: Revelando as condições que interferem no gerenciamento da dor no RN.	87
Figura 7 – Diagrama representativo do fenômeno: Buscando novas formas de atender às demandas de cuidado com a dor.	104
Figura 8 – Diagrama representativo do fenômeno: Qualificando estratégias de cuidado junto ao RN com dor.	105
Figura 9 – Diagrama representativo do fenômeno central: Redefinindo o cuidado ao RN submetido a procedimentos que ocasionam dor e/ou desconforto no contexto da UTIN.	112
Figura 10 – Matriz teórica dos significados relacionados ao cuidado de profissionais de saúde com a dor de recém-nascidos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal	115

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP	<i>American Academy of Pediatrics</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
AH	Atenção Hospitalar
AINE	Anti-inflamatórios Não Esteroides
ALCON	Alojamento Conjunto
BIIP	<i>Behavioral Indicators of Infant Pain</i>
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPN	Centro de Parto Normal
DATASUS	Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
EDIN	<i>Échelle Douleur Aigue du Nouveau-Né</i>
EMLA	Mistura Eutética de Prilocaína e Lidocaína
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
GT	<i>Grounded Theory</i>
HILP	Hospital Infantil Lucídio Portela
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
IG	Idade Gestacional
IS	Interacionismo Simbólico
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
MC	Método Canguru
MDER	Maternidade Dona Evangelina Rosa
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MMSS	Membros Superiores
MMII	Membros Inferiores

NFCS	<i>Neonatal Facial Coding System</i>
N-PASS	<i>Neonatal Pain and Sedacion Scale</i>
NIPS	<i>Neonatal Infant Pain Scale</i>
NV	Nascidos Vivos
PA	Pressão Arterial
PICC	Cateter Central de Inserção Periférica
PIPP	<i>Premature Infant Profile</i>
PIPP-R	Perfil da dor do Prematuro Revisada
RAMI	Rede de Atenção Materno e Infantil
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido Pré-termo
RNT	Recém-nascido a Termo
RNBP	Recém-nascido de Baixo Peso
RNMBP	Recém-nascido de Muito Baixo Peso
RNM	Ressonância Magnética
RT	Responsável Técnico
SatO ₂	Saturação de Oxigênio
SNC	Sistema Nervoso Central
SNN	Sucção Não Nutritiva
TC	Tomografia Computadorizada
TFD	Teoria Fundamentada em Dados
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UESPI	Universidade Estadual do Piauí
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UTI	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VM	Ventilação Mecânica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 Contextualização do Problema e Delimitação do Objeto de Estudo	7
1.2 Objetivos do Estudo	18
1.2.1 Geral	18
1.2.2 Específicos	19
1.3 Justificativa e Relevância do Estudo	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1 Perspectivas Epistemológicas da Pesquisa Social	24
2.2 O Interacionismo Simbólico	25
3 REFERENCIAL METODOLÓGICO	34
3.1 Marcos Históricos da Teoria Fundamentada nos Dados	34
3.2 Características Metodológicas da Vertente Straussiana da Teoria Fundamentada nos Dados	38
4 PERCURSO METODOLÓGICO	51
4.1 Delimitação Metodológica	51
4.2 Cenário do Estudo	51
4.3 Participantes do Estudo e o Processo de Amostragem Teórica	52
4.4 Coleta de Dados	54
4.5 Codificação e Análise dos Dados	58
4.6 Aspectos Éticos do Estudo	68
5 RESULTADOS	69
5.1 Caracterização dos Participantes do Estudo	69
5.2 Revelando as Categorias e Subcategorias	70
5.2.1 REVELANDO AS CONDIÇÕES QUE INTERFEREM NO GERENCIAMENTO EFICAZ DA DOR	72
5.2.2 BUSCANDO FORMAS DE ATENDER ÀS DEMANDAS DE CUIDADO COM A DOR	87
5.2.3 QUALIFICANDO ESTRATÉGIAS DE CUIDADO JUNTO AO RN COM DOR	104
5.2.4 REDEFININDO O CUIDADO AO RN SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS QUE OCASIONAM DOR E/OU DESCONFORTO NO CONTEXTO DA UTIN	111

6 DISCUTINDO O FENÔMENO CENTRAL À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO E TEMÁTICO	116
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
REFERÊNCIAS	130
APÊNDICES	141
ANEXOS	147

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do Problema e Delimitação do Objeto de Estudo

A assistência à saúde em neonatologia avançou consideravelmente nas últimas décadas, com a introdução de recursos terapêuticos mais eficazes que possibilitaram melhorias no diagnóstico e tratamento das doenças, aumentando a sobrevivência de recém-nascidos (RN), no período neonatal, e diminuindo os índices de morbimortalidade nessa faixa etária (DUARTE, 2010).

Nesse período, vem-se observando tendência decrescente nas mortes neonatais, das quais a maioria ainda ocorre na primeira semana de vida. Contudo, estas proporções variam de acordo com o nível de desenvolvimento socioeconômico do país e da cobertura e qualidade dos serviços de saúde. Os países em desenvolvimento apresentam maior proporção de mortes decorrentes de hipóxia, infecção e prematuridade, enquanto nos países desenvolvidos, além das malformações congênitas, predominam as causas relacionadas à prematuridade, principalmente em Recém-nascido de Muito baixo Peso (RNMBP) (VIDAL *et al.*, 2004).

Segundo Christoffel (2009), a mortalidade infantil está relacionada às causas diretas e indiretas. Apontam-se como causas diretas a prematuridade e o baixo peso ao nascer e, como causas indiretas, os fatores socioeconômicos, como a pobreza, os baixos níveis de escolaridade materna, o acesso precário aos serviços de saúde, bem como as práticas tradicionais.

No mundo, morrem, anualmente, 2,9 milhões de neonatos, dos quais, 1,47 milhões de óbitos são atribuídos à prematuridade. Dados referentes à América Latina indicam que, em 2013, ocorreram 5,89 mortes por 1.000 Nascidos Vivos (NV), no período neonatal precoce (do nascimento até seis dias) e 2,3 mortes por 1.000 NV, no período neonatal tardio (do sétimo dia até o 27º dia de vida) (DOUBOVA *et al.*, 2018). A previsão de óbitos para 2035, segundo estes mesmos autores, é que haja mais de 49 milhões de crianças que não irão atingir o desenvolvimento esperado, devido ao nascimento prematuro.

No Brasil, estudo realizado para avaliar a mortalidade na infância entre os anos de 1990 e 2015 apontam declínio importante nas taxas de mortalidade ao longo desses 25 anos, no entanto, da mesma forma que no resto do mundo, a maior parte dos óbitos ainda se concentra no primeiro ano de vida, sobretudo, no primeiro mês. Houve mudança na proporção de óbitos por idade entre os períodos, sendo, em 1990, a faixa etária com maior predomínio de óbitos o período pós-neonatal (de 28 a 364 dias de vida), enquanto, em 2015, a mortalidade neonatal

precoce despontou como o principal componente no quantitativo de óbitos neonatais (FRANÇA *et al.*, 2017).

Apesar do quantitativo de óbitos infantis divulgados nos últimos anos, no Brasil, indicarem decréscimo, estes ainda permanecem elevados, se comparados a estimativas de outros países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Dados disponíveis no Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde (DATASUS) apontam que o Brasil teve, no ano de 2021, 31.439 óbitos em crianças menores de um ano, destes, 17.000 na faixa etária de zero a seis dias; 5.577, em RN de sete a 27 dias; e 8.855, em crianças de 28 a 364 dias de vida; e sete em menores de um ano ignorados. Entre as regiões brasileiras, observa-se quantitativo mais elevado de óbitos no primeiro ano de vida, no sudeste brasileiro (11.074), seguida da Região Nordeste (9.997) (DATASUS, 2022). Este número se mostra inferior se comparado à realidade indiana que teve cerca de 605.000 mortes de neonatos em 2018, o que representa taxa de mortalidade de 24 por 1.000 NV (HANSON *et al.*, 2019).

A redução da morbimortalidade neonatal pode estar relacionada a uma série de intervenções que tem por objetivo melhorar as condições do pré-natal e da atenção ao parto e nascimento, dentre as quais, destaca-se a implantação de leitos neonatais para atender aos Recém-Nascidos de Baixo Peso (RNBP), prematuros e/ ou gravemente enfermos (CHRISTOFFEL, 2009).

Com intuito de reduzir a mortalidade infantil brasileira, dando ênfase ao componente neonatal, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, em 2011, por meio da Portaria N° 1.459, de 24 de junho, a Rede de Atenção à saúde Materna, Neonatal e Infantil (Rede Cegonha), uma rede de cuidados que visava assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério; à criança garantia-se o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

A proposta da Rede Cegonha foi atualizada e o MS instituiu a Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI) através da Portaria N° 715, de 4 de abril de 2022. A RAMI também tem como o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil no país e para tal propõe um modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança de zero aos 24 meses através de seis componentes, dentre os quais se destaca o componente Atenção Primária à Saúde (APS), componente Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e o componente Atenção Hospitalar (AH) (BRASIL, 2022).

Nesse sentido, a AH tem investido na implantação de leitos neonatais que são divididos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), a qual contempla a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal

Convencional (UCINCo) e a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) (BRASIL, 2012a).

A UTIN é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao RN grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuem condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos (BRASIL, 2012a). Estas unidades de alta complexidade têm possibilitado a melhoria no atendimento ao neonato, culminando com a sobrevivência de RN considerados, até então, como inviáveis, como aqueles que nasciam com menos de 500g, ou com Idade Gestacional (IG) inferior a 28 semanas, contribuindo, significativamente, para redução da mortalidade neonatal (DUTRA, 2006; SOUZA, 2011).

Às vezes, em decorrência de problemas gestacionais, condições do nascimento, ou ainda alguma condição patológica relacionada, principalmente, à imaturidade fisiológica e anatômica dos sistemas, os RN podem necessitar de hospitalização em UTIN. Neste sentido, prematuridade, gemelaridade, problemas respiratórios, cardíacos, metabólicos, doença hemolítica por incompatibilidade de Rh, icterícia, infecções e malformações congênitas, como hidrocefalia, microcefalia, meningomielocelo, onfalocele, gastrosquise, atresia intestinal, dentre outras, são consideradas causas de hospitalização do RN (WHALEY; WONG, 1999).

Conforme citado, muitas são as causas que podem levar um bebê a necessitar de atendimento na UTIN, sendo a prematuridade a mais comum. Quanto menor for a IG e o peso ao nascer do RN, maior será o tempo de internação nesse ambiente de cuidados críticos, pois entende-se que, durante este período, o uso das tecnologias especializadas para o cuidado irá facilitar a respiração, a deglutição, os cuidados com a pele, a manutenção da temperatura corpórea, dentre outros, até que os sistemas orgânicos obtenham maturidade e possam funcionar sem o auxílio dos equipamentos (MOREIRA *et al.*, 2003).

Nessas unidades possuidoras de recursos terapêuticos sofisticados, é, muitas vezes, necessário o emprego de procedimentos para manter a estabilidade e recuperação clínica do RN, dos quais se destacam a coleta de material para gasometrias, cateterizações venosas centrais e periféricas, sondagens orogástricas, troca de fixações de acessos venosos e sondagens, além de glicemias capilares, aspiração de vias aéreas, instalação de circuitos de pressão positiva contínua em vias aéreas, dentre outros (SANTOS *et al.*, 2012).

Para Sposito *et al.* (2017), na rotina da UTIN, os neonatos são submetidos a cerca de 6,6 procedimentos invasivos diariamente e média de 27,9 por internação, a fim de que sejam garantidos o suporte diagnóstico e terapêutico que necessitam. Apesar de considerados importantes para manutenção da vida dos RN, estes procedimentos invasivos podem contribuir

para intensificar o medo, a ansiedade, o choro, a irritação destes, além de ocasionar dor e/ou desconforto (MORETE, 2010).

A dor é um fenômeno subjetivo que pode ser definido como experiência pessoal, complexa, multidimensional, mediada por componentes sensoriais, afetivos, cognitivos, sociais e comportamentais, além de relacionar-se com particularidades do ambiente em que o fenômeno nociceptivo acontece (CHRISTOFFEL *et al.*, 2009).

Durante muito tempo, acreditou-se que os neonatos possuíam o sistema nervoso pouco desenvolvido e, em decorrência disso, não sentiam dor de forma semelhante aos adultos e às crianças maiores. Hoje, as vias neurais da dor podem ser traçadas desde receptores sensoriais na pele até áreas sensoriais no córtex cerebral de RN. Estes receptores sensoriais cutâneos aparecem na área perioral do feto humano, na sétima semana de gestação, espalhando-se, posteriormente, para o resto da face, palmas das mãos e sola dos pés, na décima primeira semana, para o tronco e as partes proximais dos braços e pernas, na décima quinta semana, e para todas as superfícies cutâneas e mucosas, na vigésima semana de gestação. A disseminação dos receptores cutâneos é precedida pelo desenvolvimento de sinapses entre fibras sensoriais e interneural no corno dorsal da medula espinhal, que aparecem pela primeira vez durante a sexta semana de gestação (ANAND; PHIL; HICKEY, 1987).

Os neurotransmissores aparecem nos gânglios espinhais entre a 13^a e a 16^a semana. As vias medulares e supramedulares estão funcionais a partir da 24^a semana, apesar da mielinização das vias reticulares, talâmicas e corticais prosseguir até o nascimento (37^a semana) (BATALHA, 2019). Essas evidências sugerem, portanto, que o sistema nervoso completo está ativo durante o desenvolvimento pré-natal, não se aceitando, desta forma, a justificativa de negligência da dor neonatal na prática clínica pela crença da mielinização incompleta das fibras nervosas do RN (ALVES *et al.*, 2013).

Apesar de responder à dor, o RN não apresenta, ainda, a capacidade de realizar a inibição e modulação desta. O sistema inibitório nessa fase da vida é imaturo, pois os mecanismos modulatórios da transmissão da dor amadurecem mais tardiamente do que o excitatório e, assim, a percepção da dor no período neonatal, muitas vezes, é generalizada e prolongada, podendo causar respostas desorganizadas (ANAND; PHIL; HICKEY, 1987).

Os estímulos dolorosos, decorrentes da realização de procedimentos invasivos ou provenientes da manipulação de dispositivos já presentes, ativam os mecanismos compensatórios no Sistema Nervoso Central (SNC) autônomo, produzindo no RN respostas como alterações na Frequência Cardíaca (FC) e Frequência Respiratória (FR), Pressão Arterial (PA), Saturação de Oxigênio (SatO₂), assim como vasoconstrição periférica, sudorese e

dilatação de pupila (SANTOS *et al.*, 2012). Além destas respostas fisiológicas, o RN exposto a situações dolorosas apresenta respostas comportamentais, dentre as quais, destacam-se o choro, a movimentação da face, a atividade corporal e as alterações no estado de sono e vigília (BRASIL, 2014).

O choro é a forma primária de comunicação do RN para expressar a dor. A emissão do choro na dor é estridente e com frequência aguda. Como medida de dor, é um instrumento útil, porém inespecífico, uma vez que o choro pode ser desencadeado por estímulos não dolorosos, como a fome ou o desconforto, e a capacidade de chorar pode ser afetada por dispositivos utilizados ou pelas condições de saúde do RN (SILVA *et al.*, 2007; SANTOS *et al.*, 2012; SPOSITO *et al.*, 2017).

A alteração na mímica facial é um sinal sensível, específico e útil na avaliação da dor em RN prematuros e Recém-Nascidos a Termo (RNT). Frente ao estímulo doloroso, eles apresentam contração da fronte, com abaixamento das sobrancelhas, estreitamento das pálpebras e/ou fechamento dos olhos, nariz franzido e/ou bochechas levantadas e boca entreaberta e/ou lábios esticados (BALDA; GUINSBURG, 2018).

A análise da atividade motora, diante de um estímulo doloroso, demonstra a presença de uma resposta organizada, caracterizada pela rigidez do tórax e dos movimentos de flexão e adução de Membros Superiores (MMSS) e Membros Inferiores (MMII), arqueamento do tronco e pescoço, associados a caretas, choro ou ambos (BRASIL, 2014).

Além das modificações comportamentais e fisiológicas citadas que podem acarretar aumento da morbidade, comprometimentos neurológicos, cognitivos e psiquiátricos, a resposta ao estresse da dor desencadeia no RN alterações imunológicas e hormonais (ALVES *et al.*, 2013; ARAUJO *et al.*, 2015), ocorre liberação de adrenalina, noradrenalina e cortisol, que podem resultar em hiperglicemia e aumento do catabolismo proteico lipídico, interferindo no equilíbrio homeostático (SANTOS *et al.*, 2012).

Experiências dolorosas repetidas e não tratadas podem trazer consequências a curto, médio e longo prazo no RN. Entre as consequências a curto prazo, estão a irritabilidade, diminuição da atenção e orientação, alteração do padrão de sono, recusa alimentar e dificuldade na interação mãe e filho. Em médio e longo prazo, podem ocorrer aumento da sensibilidade à dor, com hipersensibilidade a estímulos dolorosos e não dolorosos, em decorrência do aumento das ramificações nervosas no local agredido repetidamente e a diminuição do limiar de dor (BALDA; GUINSBURG, 2004).

Christoffel *et al.* (2019) destacam ainda que a dor não tratada pode causar efeitos negativos, principalmente aos Recém-Nascidos Pré-Termo (RNPT) que são expostos à dor e ao

estresse durante uma fase que estão passando por um rápido desenvolvimento cerebral, com vias nervosas ainda em desenvolvimento. Neste grupo, as consequências a longo prazo incluem atraso no crescimento pós-natal e desenvolvimento neurológico, déficit cognitivo e motor e, ainda, alterações no temperamento da afetividade negativa (VALERI; HOSTI; LINHARES, 2015).

Essas alterações de parâmetros comportamentais e fisiológicos são observadas antes, durante e depois de um estímulo potencialmente doloroso, e constituem-se como forma do RN expressar a dor, já que nesta fase da vida não apresentam qualquer tipo de verbalização (COSTA *et al.*, 2016).

A identificação da dor é de extrema importância para um manejo eficaz e a avaliação desta ocorre por meio de instrumentos específicos que permitem ao profissional obter escores e, a partir disso, determinar quais ações devem ser adotadas para prevenir ou aliviar a dor e, ao mesmo tempo, avaliar a eficácia das práticas adotadas (COSTA *et al.*, 2016; PINHEIRO *et al.*, 2015).

A análise dos parâmetros subjetivos e objetivos realizados, mediante o emprego de escalas, permite a obtenção das respostas individuais à dor do RN e das possíveis interações com o ambiente. Além disso, é importante destacar que a implementação de escalas é uma ferramenta clínica de baixo custo e alto impacto na identificação do fenômeno doloroso (SANTOS *et al.*, 2012).

Apesar da literatura referenciar várias escalas para avaliar a dor do RN, não há consenso entre a melhor a ser utilizada. O fato de a dor ser um fenômeno subjetivo justifica a dificuldade em definir um método único de avaliação e de fácil aplicação pelos profissionais, na rotina das unidades neonatais (SANTOS *et al.*, 2012). Outrora, nenhum dos instrumentos de avaliação incorpora todos os fatores que podem influenciar a avaliação da intensidade de dor no contexto da UTIN, como IG, gravidade da doença do RN, deficiência neurológica, sedação contínua e experiência cumulativa de procedimentos invasivos (BATALHA, 2019).

Os instrumentos de avaliação da dor podem ser classificados em unidimensionais ou comportamentais e multidimensionais ou compostos. Os primeiros são instrumentos destinados a mensurar a presença ou ausência de dor e constituem-se como a maioria dos instrumentos. Estes utilizam alguns dos indicadores comportamentais, como expressão facial, choro e atividade motora que permitem a avaliação da dor aguda. Os instrumentos multidimensionais, por sua vez, são utilizados para avaliar e mensurar as diferentes dimensões da dor, utilizando-se de parâmetros fisiológicos, comportamentais e/ou contextuais (MELO *et al.*, 2014).

Dentre as várias escalas de dor, as mais utilizadas no período neonatal são a *Premature Infant Profile* (PIPP), *Neonatal Facial Coding System* (NFCS), *Neonatal Pain and Sedation Scale* (N-PASS), *Behavioral Indicators of Infant Pain* (BIIP) e a *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS). De acordo com a Academia Americana de Pediatria (AAP), dentre as ferramentas disponíveis, apenas cinco foram submetidas a rigorosos testes psicométricos: NFCS, PIPP, N-PASS, BIIP e *Échelle Douleur Aigue du Nouveau-Né* (EDIN) (AAP, 2016).

A Escala NFCS, conhecida no Brasil como Sistema de Codificação Facial Neonatal, é unidimensional que analisa as expressões faciais do RN frente à dor e considera a presença de dor quando a pontuação é superior a três (SILVA *et al.*, 2007). A Escala NIPS, traduzida como Escala de Avaliação de Dor no RN, é multidimensional e permite a análise de cinco parâmetros comportamentais e um fisiológico, incluindo a expressão facial, o choro, a movimentação de braços e pernas, o estado de sono/alerta e o padrão respiratório em RNT e RNPT, antes, durante e após procedimentos agudos (SOARES *et al.*, 2017).

Outra escala disponível é a PIPP-R, Perfil da Dor do Prematuro, revisada que avalia a dor após procedimentos agudos em RN de qualquer IG. É um instrumento válido, sensível e específico de avaliação que foi revisado a partir da versão original PIPP, para facilitar o uso e a pontuação na prática clínica. Na nova versão, embora os indicadores de dor utilizados tenham sido mantidos, as instruções e o método de pontuação empregados sofreram alteração (BALDA; GUINSBURG, 2018; BUENO *et al.*, 2014).

A BIPP, Indicadores Comportamentais da Dor em Recém-nascidos, é uma escala unidimensional comportamental válida para avaliar o RN independente da IG, mensurar o estado de sono/vigília e a movimentação de face e mãos. Ao passo que a N-PASS, Escala Neonatal de Dor, Agitação e Sedação, é uma escala multidimensional utilizada para avaliar a dor aguda e prolongada e sedação em RN gravemente doentes. Nesta, são mensurados os escores dor/agitação e sedação, por meio da avaliação do choro, da irritabilidade, do estado comportamental, da expressão facial, do tônus de extremidades e dos sinais vitais (BALDA; GUINSBURG, 2018; BRASIL, 2014).

A EDIN, Escala de Dor e Desconforto Neonatal, é um instrumento multidimensional que avalia a dor prolongada em RNPT, cujos resultados superiores a seis indicam a necessidade de analgesia. Avalia a expressão facial, os movimentos corporais, a qualidade do sono e de interação e o reconforto/consolabilidade (MELO *et al.*, 2014).

A AAP refere ser improvável que uma única escala seja abrangente o suficiente para avaliação da dor neonatal em todas as situações e em bebês de todas as idades gestacionais. No entanto, mesmo com essas limitações, os profissionais de saúde devem utilizar as evidências

disponíveis para escolher uma ferramenta de avaliação apropriada para o tipo de dor avaliada (aguda, prolongada, pós-operatória) e aplicá-la com competência (AAP, 2016).

Após a identificação da dor, devem ser instituídas estratégias adequadas para minimização e/ou controle desta, sendo esta responsabilidade da equipe multiprofissional que presta assistência aos RN. Desta forma, o manejo da dor em neonatologia deve ter por objetivo a utilização de intervenções que minimizem a intensidade e duração da dor, pois, assim, ajudarão o neonato a recuperar-se e reorganizar-se, após a experiência estressante (MOTTA; CUNHA, 2015).

Estratégias efetivas para redução da dor devem pautar-se em três tipos de intervenções: ambiental, comportamental ou não farmacológica e farmacológica, a fim de evitar consequências prejudiciais ao crescimento e desenvolvimento do neonato. Essas intervenções devem ser selecionadas de acordo com a gravidade, a duração da dor, a situação clínica e os procedimentos a serem realizados (SANTOS *et al.*, 2015).

Para o controle ambiental, a equipe multidisciplinar tem instituído redução de luminosidade e ruídos, bem como o manuseio mínimo do RN, pois, como sugerem Maciel *et al.* (2019), no momento de realização de procedimentos dolorosos, as luzes são acionadas e os ruídos se intensificam, ao mesmo tempo em que os RN são retirados da posição de conforto, o que potencializa a estimulação dolorosa.

As intervenções não farmacológicas objetivam minimizar as repercussões da dor, prevenindo a intensificação de um processo doloroso e a agitação do neonato. A utilização deste tipo de tratamento é recomendada quando realizados procedimentos menores, que ocasionam dores de leve intensidade. Neste grupo, estão a administração de substâncias adocicadas por via oral, Sucção Não-Nutritiva (SNN), amamentação, contato pele a pele, envolvimento, contenção e diminuição da estimulação tátil (BATALHA, 2019; BRASIL, 2014).

As soluções adocicadas, quando administradas sobre a língua do RN, cerca de dois minutos antes de pequenos procedimentos, causam a liberação de opioides endógenos pela ação das papilas gustativas, localizadas na porção anterior da língua, os quais possuem propriedades analgésicas intrínsecas, bloqueando os caminhos da dor. Fazem parte deste grupo a sacarose e a glicose e estas vêm sendo utilizadas em procedimentos que ocasionam dor de intensidade leve a moderada (MOTTA; CUNHA, 2015; BUENO *et al.*, 2012).

Acrescenta-se, ainda, que as soluções adocicadas podem ser combinadas com outras medidas não farmacológicas, como a SNN, intensificando a eficácia da prática analgésica. A ação da SNN na diminuição da dor do RN ocorre pela liberação de serotonina no SNC, quando o RN realiza movimentos ritmados de sucção. Além de diminuir a dor, inibe a hiperatividade e

modula o desconforto do RN, reduz a intensidade e a duração da dor aguda RNPT e RNT submetidos a procedimentos dolorosos (BRASIL, 2014; MOTTA; CUNHA, 2015).

No tocante à prática do enrolamento ou *swaddling*, como é conhecido internacionalmente, a *International Association for the Study of Pain* (IASP) a define como a prática de envolver o RN para restringir-lhes os movimentos (IASP, 2011). Este posicionamento acaba por limitar as fronteiras do RN na incubadora ou berço aquecido, simulando o ambiente intrauterino, permitindo a autorregulação, diminuindo o estresse e a dor causada pelos procedimentos dolorosos (BUENO *et al.*, 2012).

O leite materno também pode ser empregado como medida não farmacológica para o alívio da dor, em substituição às soluções adoçadas. Os mecanismos do efeito analgésico desta medida ainda não estão claramente definidos, mas estudos sugerem que o efeito pode estar relacionado à presença de lactose ou concentração de triptofano, precursor de melatonina que aumenta a concentração de endorfinas liberadas no organismo (RAWAL; GHA; JINDAL, 2018).

Outra estratégia usada nas unidades neonatais é a contenção que consiste em envolver o RN com a mão posicionada perto da boca, de tal forma que as extremidades inferiores fiquem flexionadas e alinhadas na linha média dos MMSS que também estão flexionados. Por meio desta, torna-se possível promover a organização corporal, diminuir o estresse e a agitação do RN (SUNDARAM *et al.*, 2013).

No que se refere à analgesia farmacológica, esta tem como principal objetivo aliviar a dor causada por procedimentos invasivos, como inserção do Cateter Central de Inserção Periférica (PICC), dissecação de veia, inserção de dreno de tórax, pós-operatório, infecções abdominais, fraturas ou lacerações e Ventilação Mecânica (VM) (SILVA, 2017).

O tratamento farmacológico envolve a administração sob as mais variadas vias, de medicamentos não opioides, opioides, sedativos e anestésicos locais. Entre os analgésicos não opioides, os Anti-Inflamatórios Não Esteroides (AINE) são indicados para processos dolorosos leves e moderados ou quando a dor está associada a um processo inflamatório, ou ainda em situações nas quais a depressão respiratória, ocasionada pelo uso do opioide, é indesejável (CAPELLINI *et al.*, 2014). Neste grupo, estão incluídos o diclofenaco, o ibuprofeno e a dipirona, no entanto, para o uso no RN, apenas o paracetamol (acetaminofeno) é recomendado (BRASIL, 2014).

Os analgésicos opioides, utilizados no período neonatal, são eficazes no alívio da dor moderada a severa e produzem analgesia e sedação. O mecanismo de ação destes medicamentos ocorre por meio da ativação de receptores opioides distribuídos no SNC que inibem a

transmissão do estímulo nociceptivo aos centros superiores, além de ativar as vias corticais descendentes que inibem a dor e ocasionam analgesia. Entre os mais usados, destacam-se a morfina, o fentanil, o tramadol e a metadona. A morfina é o fármaco analgésico padrão mais utilizado em UTIN, tendo como indicação dores agudas moderadas a graves, sedação pré-operatória e durante a anestesia (CAPELLINI *et al.*, 2014; BARTOLOMÉ; CID; FREDDI, 2007).

O fentanil é um potente opioide sintético, 50 a 100 vezes mais potente que a morfina, com início mais rápido e menor duração de ação, sendo indicado na redução da dor pós-operatória, durante a intubação traqueal, inserção de cateter central e outros procedimentos (IASP, 2011).

Outro grupo de medicamentos vem sendo também empregado no contexto de analgesia na UTIN, os sedativos. Estes são agentes farmacológicos que diminuem a ansiedade e a agitação do paciente, podendo resultar em amnésia de eventos dolorosos ou não dolorosos, no entanto, não reduzem a dor. Estão indicados no RN para realização de procedimentos diagnósticos que requerem algum grau de imobilidade, como nos casos de Tomografia Computadorizada (TC), Ressonância Magnética (RNM), eletroencefalograma, dentre outros (GUINSBURG, 2004).

Entre os sedativos de primeira linha, estão as benzodipinas, cujo principal representante é o midazolam. Outro fármaco sedativo também utilizado é o hidrato de cloral, administrado por via oral ou retal, indicado para intervenções rápidas (BARTOLOMÉ; CID; FREDDI, 2007). Quanto à anestesia tópica, é um importante recurso para minimizar a dor em procedimentos diagnósticos e terapêuticos. As opções disponíveis são a Mistura Eutética de Prilocaína e Lidocaína (EMLA), a ametocaína (tetracaína) e a lidocaína sem vasoconstrictor, que estão indicadas para neonatos submetidos à punção liquórica, inserção de cateter central, drenagem torácica e punção arterial (GUINSBURG, 2004).

Além das estratégias citadas, uma das maneiras mais efetivas de reduzir a dor neste ambiente de cuidados é minimizar o número de procedimentos realizados no neonato. Outras estratégias importantes são eliminar procedimentos desnecessários e evitar a repetição de técnicas após tentativas sem sucesso (AAP, 2006).

A avaliação da dor por meio de escalas e as estratégias utilizadas pela equipe multiprofissional para reduzi-la são orientações descritas na Política Nacional de Atenção Humanizada ao Recém-nascido: Método Canguru (MC). O MC orienta as práticas acolhedoras ao RN e à família e o estímulo ao aleitamento materno (BRASIL, 2007).

Esse modelo de cuidado considera o RN de forma holística e não apenas a doença, busca minimizar o desconforto, a dor e as possíveis sequelas físicas e emocionais, decorrentes da

internação, após o nascimento. Propõe a diminuição dos estímulos agressivos ao RN, como estímulos sonoros elevados, luminosidade intensa e contínua, manuseio frequente e exposição a várias intervenções que geram incômodo e dor (MONTANHOLI, 2008).

A assistência humanizada na UTIN deve ser assegurada por equipe multidisciplinar possuidora de habilidades técnicas, experiência, compromisso, sensibilidade para reconhecer as necessidades básicas do RN e, a partir delas, planejar a prática clínica sustentada na melhor evidência científica (RIBEIRO *et al.*, 2016; ANDRADE; FERNANDES; FIGUEIREDO, 2019; KLOCK; ERDMANN, 2019).

Nesse ambiente de cuidados críticos, a assistência aos RN é, muitas vezes, orientada para a cura da doença, com ênfase no diagnóstico e tratamento, dificultando atendimento individualizado e humanizado e tornando o cuidado impessoal em alguns momentos (FROTA *et al.*, 2019; SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

Diante dessa valorização tecnológica e do distanciamento profissional do ser humano, faz-se necessário resgatar o cuidado que valorize e respeite o indivíduo no modo de existência fragilizado pelo adoecimento, pois o cuidado ultrapassa a lógica tecnicista e envolve o que Waldow (2006, p.25) define como “[...] esforços transpessoais de ser humano para ser humano, no sentido de proteger, preservar a humanidade [...]”.

O cuidado não se refere apenas a uma ação, a uma tarefa a ser desempenhada tecnicamente, uma vez que consiste em uma forma de viver, ser e expressar. É algo imprescindível na condição humana, sendo, pois, forma de viver e relacionar, caracterizada por envolvimento, interesse e compromisso, manifestações exclusivas dos seres humanos (WALDOW, 2001; WALDOW, 2004).

Cuidar remete à palavra latina cura (ou *coera*) que significa em português cuidar e tratar. O cuidado é considerado mais que uma técnica, representa relação amorosa, respeitosa, acolhedora e envolvente (BOFF, 2013). Para esse filósofo, o cuidado constitui dimensão ontológica, um modo-de-ser que revela a maneira como é o ser humano. “Se este não receber cuidado desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, definha, perde o sentido e morre” (BOFF, 2008, p.34).

Nesse contexto, o cuidado é uma ação essencial em todas as fases do desenvolvimento humano. É colocado em ação por parte dos operadores de saúde, como o corpo médico e a equipe de enfermagem, quando decidem sobre os procedimentos a serem feitos e o aparato clínico mais indicado para curar ou garantir boas condições de vida ao paciente. Nas práticas de saúde, os objetivos do cuidar envolvem, entre outros, aliviar, confortar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer e restaurar (BOFF, 2013).

Nesse tipo de cuidado humano, o cuidar é considerado um valor, um modo de ser, ao invés de um modo de fazer. A meta não é a cura do paciente internado no ambiente complexo e com tecnologia avançada, como nas instituições hospitalares, e, sim, uma ação que, além de procedimentos técnicos e conhecimentos, engloba atitudes e comportamentos que visam aliviar o sofrimento, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e experiências do viver e morrer (BOFF, 2013; WALDOW, 2004).

Com esse enfoque, reforça-se a necessidade de nova abordagem no atendimento ao RN hospitalizado. O cuidado a este grupo deve se basear no princípio de que o RN é um ser frágil, indefeso, mas que tem sentimentos e interage com o mundo ao seu redor, por meio de gestos e expressões. Os profissionais de saúde deverão contemplar não apenas os aspectos fisiológicos relacionados às condições de nascimento deste, como também a dimensão subjetiva do cuidado que envolve sensibilidade, acolhimento, respeito, escuta sensível, para atender às necessidades do RN e da respectiva família.

Assim, ao reconhecer a importância da dor em RN e considerar que o manejo desta ainda constitui desafio na prática do cuidado em saúde, uma vez que os profissionais apontam a existência de barreiras que dificultam o cuidado com a dor e a implementação de evidências científicas que contribuem não apenas para o alívio da dor, mas para promoção do conforto de RN, durante a hospitalização em unidades neonatais, surgiu as seguintes **questões norteadoras** do estudo: como ocorre o cuidado de profissionais de saúde com a dor do recém-nascido em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal? De que maneira as ações e interações relacionam-se com o cuidado de profissionais de saúde com a dor do recém-nascido, haja vista a presença de condições intervenientes? Elegeram-se, então, como **objeto de estudo** o significado do cuidado com a dor de recém-nascidos para profissionais de saúde à luz da práxis cotidiana em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

1.2 Objetivos do Estudo

1.2.1 Geral

- Construir uma matriz teórica, a partir da compreensão do universo de significados relacionados ao cuidado de profissionais de saúde com a dor de recém-nascidos, em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

1.2.2 Específicos

- Aprender o universo de significados relacionados ao cuidado de profissionais de saúde com a dor de recém-nascidos;
- Relacionar as condições, ações e interações, e consequências que se relacionam com o fenômeno estudado;
- Discutir, a partir das atitudes, práticas e sentimentos, o cuidado com a dor de recém-nascidos no contexto da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

1.3 Justificativa e Relevância do Estudo

O interesse em estudar esta temática surgiu ao longo da minha prática profissional, como docente da Universidade Estadual do Piauí (UESPI), durante o acompanhamento dos discentes do Curso de Bacharelado em Enfermagem, nas atividades curriculares da disciplina Estágio Supervisionado I (Enfermagem Pediátrica e Neonatal), realizadas, respectivamente, nas dependências do Hospital Infantil Lucídio Portela (HILP) e Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER). No cenário da maternidade, tive a oportunidade de observar a assistência nas unidades neonatais destinadas à prestação de cuidados ao RN grave ou potencialmente grave.

Durante o estudo realizado para conclusão do Mestrado em Enfermagem, no Programa de Pós-graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI), foi possível compreender os significados do cuidado de enfermagem aos RN internados na UTIN, à luz do pensamento filosófico heideggeriano. Ao término do estudo, percebi que o cuidado ao RN se encontrava em uma fase de transição entre o modelo biomédico e o cuidado holístico. Essa dualidade na forma de cuidar desvelava-se ora como um cuidado autêntico, ora como um cuidado inautêntico.

O cuidado autêntico foi identificado quando os membros da equipe de enfermagem preocupavam-se com os pais, esclarecendo dúvidas sobre o estado de saúde dos RN e incentivando-os a conhecerem as próprias capacidades e participar dos cuidados com os filhos. O cuidado inautêntico foi desvelado nos discursos dos profissionais de enfermagem, ao mencionarem a realização de atividades burocráticas e em momentos em que julgavam que os pais desconheciam o cuidado necessário ao RN. Neste tipo de cuidado, os profissionais acabavam por demonstrar pouco ou nenhum envolvimento e sensibilidade com os RN.

Nos resultados da dissertação, sugeri a realização de novos estudos para desvelar outras facetas do cuidado ao RN na UTIN, compreendê-las e incorporá-las à prática profissional como novos modelos de cuidado. Neste sentido, partindo dessa premissa e agora, com a oportunidade

de realizar o doutorado, após reflexões mais críticas acerca da problemática da assistência neonatal, sobretudo, na forma como os profissionais de saúde cuidam ou não da dor ou desconforto do RN, durante a realização dos procedimentos invasivos, senti a necessidade ainda maior de pesquisar sobre o cuidado, mas com foco na dor.

Na trajetória docente nas unidades neonatais, vivenciei, em alguns momentos, a angústia e preocupação de familiares de RN e profissionais durante a realização de procedimentos terapêuticos e/ou diagnósticos necessários para o restabelecimento da saúde desses neonatos, mas que eram acompanhados de dor e/ou desconforto. Por muitas vezes, questionei-me sobre as atitudes destes profissionais na prática diária e como deveriam sentir-se, pois a eles são cobrados conhecimento científico, competência, postura ética e habilidades na execução destes procedimentos tão rotineiros no ambiente, principalmente, da UCINCo e UTIN.

Nesse sentido, a decisão para realização desta tese, com foco na dor, fundamenta-se no fato de que RN expostos a procedimentos invasivos que causam dor ou desconforto e a um ambiente estressante, como a UTIN, podem apresentar consequências negativas no neurodesenvolvimento. Se não tratada, a dor pode gerar complicações para o RN, como atraso no desenvolvimento cerebral, distúrbios comportamentais e psiquiátricos (CRISTOFFEL *et al.*, 2019; SOARES *et al.*, 2017). Ao ponderar o exposto, cabe aos profissionais que atuam nessas unidades desenvolver estratégias para minimizar o impacto desse ambiente na recuperação do RN, dentre as quais, destaca-se a adoção de protocolos clínicos para a equipe da unidade neonatal, com vistas à prevenção e ao controle da dor neonatal.

Infere-se que os protocolos clínicos são fundamentais para implantação de um manejo adequado da dor neonatal, bem como para padronização de procedimentos e condutas (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Ao considerar este mesmo contexto, a AAP recomenda que os serviços de saúde tenham protocolos baseados em evidências para prevenção e tratamento da dor em RN, incluindo a realização criteriosa de procedimentos de avaliação da dor, o uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor, medicações para dor operatória e procedimentos para dor intensa (AAA, 2016).

No que se refere ao cuidado com a dor na referida maternidade, esta tem implantado um protocolo de manejo do estresse, dor e sedação do RN, utilizados nas Unidades Neonatais e no Alojamento Conjunto (ALCON). Este material tem como objetivo padronizar a avaliação, a prevenção e o manejo da dor e do estresse nos RN internados, além de conscientizar a equipe multiprofissional que presta cuidados diretos aos RN internados nestes setores, sobretudo médicos, profissionais de enfermagem, fisioterapeutas sobre a dor e as respectivas consequências.

O material prevê a aplicação pela equipe de enfermagem da Escala NIPS para os RN internados na UTIN, pelo menos uma vez por turno, ou quando necessário. O resultado, quando superior a quatro, tem recomendação de aplicação de medidas não farmacológicas e, se após a reavaliação, esse escore for mantido, o plantonista deve ser informado para instituir medidas farmacológicas. Existe, ainda, recomendação para agrupamento de procedimentos dolorosos para minimizar o sofrimento dos RN.

O protocolo prevê ainda a realização de medidas de conforto aos RN que devem incluir: controle do ambiente, estabelecimentos de períodos de sono e vigília, concentração de cuidados médicos e de enfermagem no mesmo momento, agrupamento de coleta de exames, redução do número de punções. São recomendados também minimizar a quantidade de fitas adesivas sobre a pele, ofertar SNN, glicose 50% via oral 2 minutos antes do procedimento doloroso e promover o contato pele a pele com os pais.

O uso de métodos não farmacológicos está recomendado para os procedimentos de punção venosa e arterial, punção de calcâneo para verificação de glicemia capilar ou teste do pezinho, coletas de exames, trocas de curativos simples, vacinação, injeções intramusculares e subcutâneas de medicação, aspiração de vias aéreas e cânula endotraqueal, passagem de sondas e exame oftalmológico para triagem de retinopatia. A prescrição de fármacos para analgesia ou sedação está indicada neste serviço nos casos de trocas de curativos potencialmente muito dolorosos, intubação oro/nasotraqueal, drenagem de tórax, realização de acesso venoso central, dissecação venosa e punção lombar, além de pós-operatório; e os anestésicos tópicos são recomendados para reduzir a dor em venopunção, punção lombar e inserção de cateter.

Importante destacar a realização de revisão integrativa, conduzida nas seis etapas propostas por Whittemore (2005), cujo objetivo era identificar na literatura as medidas utilizadas para o alívio da dor de RN em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. A busca dos artigos foi realizada nas bases eletrônicas de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via pubmed, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Scopus* e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), entre agosto e novembro de 2019. Os descritores controlados e não controlados foram selecionados por meio de consulta ao *Medical Subject Headings* (MeSH), *Descritores em Ciências da Saúde* (DeCS) e *Listo of Headings do Cinahl Information Systems*.

Selecionaram-se 33 artigos publicados na íntegra nos idiomas inglês, português e espanhol, entre os anos de 2002 e 2019. Dos artigos incluídos, 16 deles (48,5%) foram publicados em periódicos da enfermagem e três (9,1%) em revistas de gerenciamento da dor.

Estes contemplavam, em maioria, estudos descritivos das medidas não farmacológicas empregadas para alívio da dor de RN, quanto estudos que mensuraram a eficácia de algumas destas medidas quando o RN era exposto a procedimentos como a punção de calcanhar para dosagem de glicemia, aspiração de vias aéreas, punção venosa e sondagem gástrica. As medidas não farmacológicas descritas incluíram a sucção nutritiva com glicose ou sacarose, SNN, o leite materno, o enrolamento do RN, a dobra facilitada, o contato pele a pele e a musicoterapia.

A SNN foi a intervenção não farmacológica mais utilizada na UTIN nos estudos analisados, sendo medida usada de forma isolada ou combinada com outras estratégias, como a sucção nutritiva, contenção facilitada e o leite materno, para potencializar o efeito da analgesia. Quanto ao uso de intervenções farmacológicas, o estudo mostrou que a utilização é feita de forma menos rotineira e em situações que envolvem, principalmente, a intubação e ventilação mecânica. Essas estratégias variam conforme o tipo de procedimento realizado e incluem o uso de analgésicos não opioides e opioides.

Os achados referentes a essa revisão integrativa demonstram preferência entre os pesquisadores da dor em RN por estudos pautados no modelo positivistas, pois a maioria dos estudos incluídos tinham nível de evidência determinado, segundo classificação de Merllyk e Fineout-Overholt (2005), como nível II que contempla estudos experimentais. Parcela pequena de estudos tinham nível IV, com estudos descritivos/não experimentais ou abordagem qualitativa.

A partir destes resultados, pode-se inferir a existência de lacuna na produção do conhecimento nesta área evidenciada por pequena quantidade de estudos que analisem a dor do RN na perspectiva da subjetividade, na compreensão do significado atribuído pelos familiares e profissionais de saúde no cuidado com a dor, e de que forma estes aspectos vêm sendo aplicados na prática assistencial da UTIN.

Nesse sentido, o meu interesse com esta tese está não apenas em identificar as intervenções utilizadas na rotina de cuidados da UTIN quando os neonatos são submetidos a procedimentos dolorosos e estressores, como também de compreender o modo como as ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional têm contribuído para o cuidado com a dor no RN na UTIN.

Destaca-se, ainda que, ao considerar que, após a implantação do protocolo de manejo do estresse, dor e sedação do RN na unidade neonatal da referida maternidade, este não passou por atualização até o presente momento, esta seria importante oportunidade para isso, uma vez que a elaboração desta tese foi subsidiada pela busca das melhores evidências científicas em artigos científicos, livros e *guidelines* nacionais e internacionais. Nesta proposta, o protocolo

foi revisado, de modo a contemplar as melhores evidências para avaliação e manejo da dor, incluindo as medidas farmacológicas e não farmacológicas possíveis de serem implementadas pelos membros da equipe assistencial.

Entende-se que os resultados advindos deste estudo, por meio da elaboração de matriz teórica de cuidado com a dor, podem nortear discussões sobre a forma como o cuidado vem sendo realizado no dia a dia da UTIN cenário deste estudo, bem como de outras, de modo a proporcionar melhorias na qualidade do cuidado, na tomada de decisão dos profissionais e na construção ou no aprimoramento de ferramentas para orientação das ações da equipe. Neste sentido, o estudo contribuirá para melhoria da qualidade da assistência ao RN submetidos a procedimentos dolorosos, na perspectiva do cuidado integral, humanizado, visando, assim, redução de possíveis danos no desenvolvimento destes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Perspectivas Epistemológicas da Pesquisa Social

O modelo de racionalidade que preside à ciência moderna constituiu-se a partir da revolução científica do século XIV e foi desenvolvido nos séculos seguintes, em que as ciências naturais foram dominantes. O paradigma dominante na época reconhecia uma única forma de conhecimento, o conhecimento científico, deixando de lado o conhecimento do senso comum. Além disso, ele desconfiava de todo conhecimento advindo das sensações, constituindo-se modelo totalitário que recusava o caráter racional das formas de conhecimento que não foram aquelas baseadas nos princípios epistemológicos e nas regras metodológicas do paradigma dominante (SANTOS, 2018).

A ciência moderna conjectura com ideias matemáticas que forneciam a análise e a lógica da observação para o rigor científico. “As qualidades intrínsecas do objeto, são, por assim dizer, desqualificadas em que eventualmente se podem traduzir. O que não é quantificável, é cientificamente irrelevante” (SANTOS, 2018, p.16).

Nesse sentido, as leis matemáticas e físicas passaram a fundamentar a previsibilidade dos fenômenos naturais e este modelo de ciência foi também adotado pelas ciências sociais, utilizando-se como premissa o fato de que tal qual foi possível descobrir as leis da natureza, seria igualmente possível descobrir as leis da sociedade. Esse determinismo mecanicista acabou então sendo aplicado aos estudos da sociedade, objeto de estudo das ciências sociais que emergiram no século XIX (SANTOS, 2018).

Essa forma mecanicista de estudar a sociedade culminou com a criação de duas vertentes que avaliavam o uso desse modelo. A primeira consistiu em aplicar, na medida do possível, ao estudo da sociedade os princípios epistemológicos e metodológicos utilizados no estudo da natureza. A segunda, reivindicava epistemologia e metodologia própria ao estudo das ciências sociais, com base nas especificidades do objeto de pesquisa. Nessa última corrente, o argumento fundamentava-se no fato de que o comportamento humano não pode ser explicado com base apenas nas observações, e que a ciência social terá sempre o caráter de uma ciência subjetiva, e não objetiva (SANTOS, 2018).

Percebe-se, todavia, que o século XIX foi marcado pela evolução das perspectivas teóricas e metodológicas que originaram a pesquisa social, com destaque epistemológico para o objetivismo, construtivismo e subjetivismo. A epistemologia objetivista defende a ideia de que a realidade existe independentemente da consciência. Trata-se de perspectiva teórica

intimamente relacionada ao positivismo, sendo uma função das pesquisas que usam essa concepção: descobrir esta verdade objetiva. O construtivismo, por sua vez, defende que a verdade e o sentido não existem em um mundo externo, mas são criados pelas interações do sujeito com o mundo. O sentido é construído e não descoberto, o que significa afirmar que os sujeitos constroem os sentidos de várias formas, inclusive com relação ao mesmo fenômeno (GRAY, 2012).

Diferentemente do construtivismo, para o subjetivismo, o sentido não surge da interação entre o sujeito e o mundo exterior, e sim é imposto sobre o objeto pelo sujeito. Ressalta-se que uma perspectiva teórica relacionada ao construtivismo é o interpretativismo. Este busca “interpretações culturalmente derivadas e historicamente situadas do mundo da vida social”. O interpretativismo afirma que a realidade natural (e as leis da ciência) e a realidade social são diferentes, e assim demandam diferentes tipos de métodos, a saber: o interacionismo simbólico, a fenomenologia, o realismo, a hermenêutica e a investigação naturalista (GRAY, 2012).

2.2 O Interacionismo Simbólico

O Interacionismo Simbólico (IS), referencial teórico deste estudo, constitui perspectiva teórica que possibilita a compreensão do modo como os indivíduos interpretam os objetos e as outras pessoas com as quais interagem e como esse processo de interpretação conduz o comportamento individual em situações específicas (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010). Trata-se de referencial em que o significado é o conceito central, cujas ações individuais e coletivas são construídas a partir da interação entre as pessoas, que definindo situações e vivências, agem no contexto social que pertencem (LOPES; JORGE, 2005).

O referencial em questão propõe compreender as reações do ser humano diante do significado de tudo que se apresenta para ele, o sentido que os objetos passam a desenvolver diante da relação com outros seres humanos e, por fim, as modificações de sentido que sofrem por meio das interpretações feitas pela pessoa diante da vivência de algumas situações (SILVA *et al.*, 2018).

Santos *et al.* (2020) acrescentam que o IS busca compreender os aspectos principais da conduta humana, a forma como os indivíduos interagem e como estas relações influenciam a formação dos aspectos sociais e a visão de mundo dos sujeitos, que são continuamente agentes sociais. Deste modo, é possível resgatar a realidade, considerando a subjetividade e os contatos interacionais que se estabelecem entre as pessoas envolvidas nas ações do dia a dia.

O pensamento central do IS é a ideia de que os indivíduos usam a linguagem e os símbolos em sua comunicação com os outros. Não se restringe a abordar como as instituições sociais definem e impactam os indivíduos, mas, em vez disso, focam na interpretação do ponto de vista de como os indivíduos entendem seu mundo, a partir de perspectiva única (CATER; FULLER, 2015).

No que se refere à origem do IS, este surgiu em meados do século XIX, ligado às correntes teóricas desenvolvidas por estudiosos americanos da sociologia, como John Dewey, WI Thomas, Robert E. Park, William James, Charles Horton Cooley, Florian Znaniecki, Robert Redfield e, principalmente, George Herbert Mead, considerado o principal precursor e inspirador do movimento interacionista (BLUMER, 1969; CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010; McEWEN; WILLS, 2009).

O surgimento do IS foi uma resposta à tendência dominante da abordagem positivista que tendia a examinar a sociedade de “cima para baixo”, com foco no impacto que as instituições de nível macro e estruturas sociais, e como eles impõem e restringem os indivíduos. Partindo dessa tradição, o IS foi desenvolvido para entender o funcionamento da sociedade de “baixo para cima”, mudando o foco para processos de nível micro que surgem durante os encontros cara a cara, a fim de explicar a operação da sociedade (CATER; FULLER, 2015).

O momento histórico da concepção do IS foi marcado pela expansão e consolidação da sociologia, com a implantação da Universidade de Chicago, em 1880, que tinha como perspectiva e objetivos desenvolver ações nas vertentes de pesquisa e ensino. Na área de pesquisa, vários estudos sobre os problemas sociais da cidade foram realizados, principalmente relacionados à imigração. A proposta destes estudos se fundamentava no entendimento de George Mead que para compreender as causas que motivam o indivíduo a ter determinada conduta, devia-se saber como ele entendia e percebia a realidade. Portanto, nesse contexto, ocorreu o surgimento e desenvolvimento do IS (SILVA, 2012).

A visão de Mead foi influenciada pela Escola Pragmática, pela Teoria da Evolução de Darwin e pelo behaviorismo (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997). Mead foi professor da Universidade de Chicago entre os anos de 1893 e 1931, em que fundamentava a Teoria do Comportamento Humano, cujo dado principal é o ato social, concebido como comportamento externo que pode ser observável; e outra parte que não pode ser observável, pois está encoberta no ato (LOPES; JORGE, 2005).

Para os autores supramencionados, Mead concebe os seres humanos e a sociedade como inseparáveis e interdependentes, sustentava que o comportamento das pessoas não podia ser estudado isolado do contexto em que ocorre e da percepção que se tem do ambiente. Após a

morte do sociólogo, seus escritos foram catalogados e agrupados em livros pelo discípulo Herbert Blumer, cuja principal publicação foi *Symbolic Interactionism, Perspective and Method*, lançado em 1969. Por essa razão, pode-se afirmar que “[...] George Mead foi o progenitor filosófico do interacionismo simbólico, mas foi Herbert Blumer, pesquisador assistente de Mead, o responsável pela difusão dos seus preceitos teóricos” (COPELLI; ALVES; SANTOS, 2019, p. 183).

Blumer trouxe o behaviorismo social de base filosófica de Mead para a sociologia, lançando, assim, as bases para um novo paradigma teórico que desafiou as formas aceitas até então de epistemologia da sociologia e metodologia. Como crítico ferrenho ao empirismo lógico, defendendo a ideia de que a compreensão das situações sociais não pode ser obtida usando técnicas estatísticas, mas examinando o ambiente social e a interação entre os indivíduos na sociedade (CATER; FULLER, 2015).

Blumer (1969) define os fundamentos do IS em três premissas básicas. A primeira é de que os seres humanos agem em relação às coisas com base nos significados que as coisas têm para eles. Estas coisas incluem todos os objetos físicos, outros seres humanos, categorias de seres humanos (amigos ou inimigos), instituições, ideias valorizadas (honestidade), atividades dos outros e outras situações que o indivíduo encontra em sua vida cotidiana. A segunda é que o significado das coisas é derivado ou surge da interação social que se tem com os outros, enquanto a terceira se refere aos significados que são tratados e modificados por meio de um processo interpretativo usado por uma pessoa para lidar com as coisas que ela encontra.

Nessas premissas, constata-se que o IS atribui importância fundamental ao sentido que as coisas têm para o comportamento humano. Este processo de atribuição de significados é constante e dinâmico, uma vez que o processo interativo do ser humano com o próprio universo ocorre a todo momento (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

A construção do significado envolve processo interpretativo iniciado com uma interação consigo; depois o indivíduo seleciona, checa, suspende e reagrupa os significados, transformando-os à luz da situação em que está inserido. Assim, a interpretação é tida como processo formativo, cujos significados são usados para direcionar as ações (BLUMER, 1969).

Fundamentado nessas premissas, o IS desenvolve microanálise para estudar a sociedade e a conduta humana que envolve ideias relacionadas à natureza dos seguintes temas: self, ato, interação social, autointegração, objetos, ação conjunta, sociedade humana, mente, símbolo e linguagem (SANTOS; VALADARES, 2013). Em linhas gerais, essas ideias representam a forma como o IS vê a sociedade humana e a conduta humana.

As ideias básicas do IS de acordo com Blumer (1969) são descritas a seguir:

- **O ser humano como agente** – concebe o homem como um ser capaz, não apenas de responder aos demais, em um nível simbólico, mas de fazer indicações aos outros, interpretar as que eles lhes formulam ao interagir consigo.

George Mead via o ser humano como possuidor de um *self* (eu). Este *self* fornece ao ser humano mecanismo de autointegração usado na formação e orientação da sua conduta no seu mundo. Neste sentido, o ser humano pode se perceber, ter concepções de si mesmo, comunicar-se consigo e agir para si. O homem pode ser objeto das próprias ações, pode julgar, analisar e avaliar as coisas que designou para si e organizar sua ação em direção a isso (BLUMER, 1969).

O *self* é um objeto de origem social, definido pela interação com os significados do outro, na relação com o mundo, para permitir o controle, a direção e manipulação da própria vida (LOPES; JORGE, 2005). Em outras palavras, significa afirmar que “[...] o indivíduo age socialmente com relação às outras pessoas, ele interage consigo mesmo e age em relação a si próprio” (SANTOS, 2017, p.9).

Para os interacionistas, o *self* representa um processo social no interior do indivíduo envolvendo duas fases analíticas, o eu e o mim. O eu representa a resposta para as atitudes do outro, o lado impulsivo, espontâneo, ao passo que o mim se relaciona à organização das atitudes; é o outro generalizado, composto de padrões organizados, conscientes, compartilhados com outros (LOPES; JORGE, 2005).

- **Natureza da ação humana** – Os indivíduos podem agir individual, coletivamente, ou em nome de, ou como representante de alguma organização ou grupo. Para agir, o indivíduo deve identificar o que deseja, estabelecer um objetivo ou meta, mapear uma linha prospectiva de comportamento, observar e interpretar as ações dos outros, avaliar sua situação, descobrir o que fazer em outros pontos e estimular-se diante de disposições arrasadoras ou desencorajadoras (BLUMER, 1969). A ação por parte do ser humano consiste em uma consideração geral das diversas coisas que percebe e na elaboração de uma linha de conduta baseada na maneira de interpretar as informações recebidas.
- **Ato social ou Ação conjunta** - A vida dos grupos sociais se baseia e depende da adaptação recíproca das linhas de ação dos diferentes membros do grupo. A ação conjunta é uma forma coletiva de ação constituída pelo encaixe dos atos dos participantes, em que cada um deles ocupa posição diferente, age a partir disso e se envolve em um ato distinto. Posteriormente, esses atos individuais se encaixam na forma de ato conjunto (BLUMER, 1969).

- **Natureza da interação social-** É de vital importância para o processo de formação do comportamento humano. Mead identificou duas formas de interação social: a não simbólica e a simbólica. Na primeira, a pessoa responde diretamente ao ato de outra sem interpretá-la apenas como uma ação reflexa, enquanto na interação simbólica, a resposta à ação do outro pressupõe uma interpretação.

À medida que os participantes consideram os atos em andamento um do outro, eles precisam reorganizar suas próprias intenções, desejos, sentimentos e atitudes. Devem, ainda, julgar a adequação de normas, valores e prescrições de grupo para a situação que é formada pelos atos de outras pessoas. Deste modo, a vida em grupo humano assume o caráter de processo contínuo: uma questão de adequar as linhas de conduta em desenvolvimento uma a outra (BLUMER, 1969).

- **Natureza do objeto** - Quando a sociedade se encontra em constante interação, surgem os objetos. Os objetos são tudo aquilo que pode ser indicado, que pode ser usado como referência. Sua natureza depende do significado que ele tem para as pessoas, podendo ser físicos, como mesas, cadeiras; sociais, como as pessoas que envolvem um grupo social, ou ainda abstratos, como a fé e as emoções.

“Os significados dos objetos para uma pessoa emanam fundamentalmente do modo como estes têm-lhe sido definidos por aqueles com quem interage” (BLUMER, 1969, p.8). Desse modo, os objetos são produtos sociais, na medida em que são formados ou transformados pelo processo de definição que ocorre na interação social. Assim, diferentes grupos desenvolvem mundos diferentes, e esses mundos mudam, à medida que os objetos que os compõem mudam de significado (BLUMER, 1969).

Além das ideias descritas que representam a maneira como o IS contempla o comportamento humano e a sociedade, para melhor compreensão deste referencial, torna-se importante conhecer ainda os conceitos de símbolo, mente e linguagem. O símbolo é o conceito central do IS, sendo definido como uma classe de objetos sociais usados para representar alguma coisa, para pensar, comunicar, representar (SILVA, 2012). Blumer (1969) explica que os símbolos "são o que vemos e como interpretamos". É através dos símbolos que se o ser humano atribui significado e desenvolve a realidade em que ele age.

Por intermédio dos símbolos, as pessoas são socializadas, compartilham a cultura e entendem qual é o papel social desempenhado. Eles são desenvolvidos socialmente, por meio

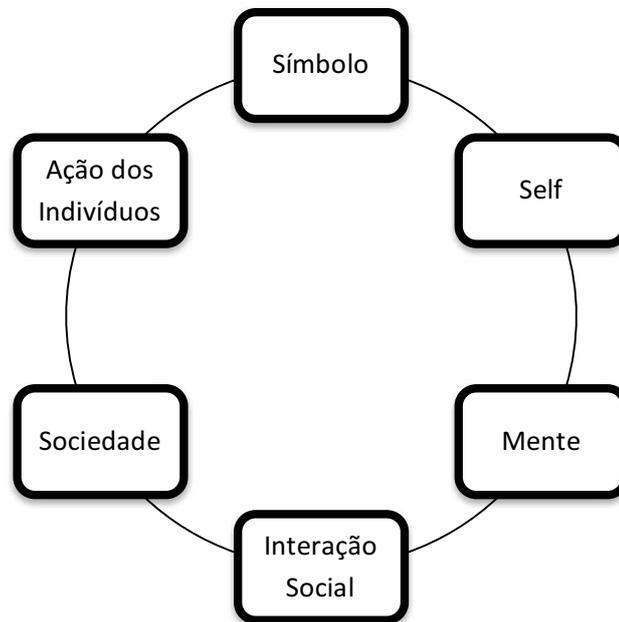
da interação. Os grupos humanos não concordam universalmente com todos os símbolos, mas estes são arbitrariamente estabelecidos e mudados, mediante a interação humana. Isto significa que a interação humana é mediada pelo uso de símbolos, por interpretação ou pela determinação de significado às ações dos outros (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997; SANTOS, 2017).

Compreende-se, desta forma, que os símbolos possibilitam a construção dos significados a partir das relações mentais estabelecidas, em virtude de reflexões realizadas a respeito do comportamento dos diferentes indivíduos que convivem em determinado espaço (SILVA, 2012).

A mente é concebida como processo que se manifesta sempre que o indivíduo interage consigo por meio de símbolos. Mediante a atividade da mente, o indivíduo define as coisas para si na situação, seja rotulando, isolando ou desenvolvendo linhas de ação em relação às coisas (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997). A linguagem, por sua vez, é composta por instrumentos usados por indivíduos para ordenar a experiência. É empregada para discriminar, generalizar, fazer sempre a distinção do ambiente (CHARON, 1996).

Na abordagem do IS, a sociedade é o conceito que integra todos os outros. Cada grupo, organização, situação de interação é considerado uma sociedade. Esta interação dos indivíduos uns com os outros, definindo e alterando a direção dos atos um dos outros, confere à sociedade caráter dinâmico. De acordo com o IS, as regras na sociedade são negociadas porque, na perspectiva deste referencial, o ser humano é considerado um organismo atuante, lidando com as situações, interpretando-as e definindo as ações com base nesta interpretação (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

Figura 1 - Representação da Interação dos conceitos do Interacionismo Simbólico



Fonte: Autoria própria.

Destaca-se, ainda, que os pressupostos elaborados por Blumer e citados nos parágrafos anteriores são conhecidos como Interacionismo Clássico ou Interacionismo da Escola de Chicago, que se constitui como a principal perspectiva conceitual e metodológica. Porém, há outra orientação metodológica do IS, chamada de Escola de Iowa, que segue a orientação de Manford Kunh, da Universidade de Iowa, que foi fortemente influenciada pelo positivismo lógico, e defendia abordagem mais estruturada para o IS (COPELLI; ALVES; SANTOS, 2019; CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

Com relação a outros estudiosos que se debruçaram sobre o tema interacionista, prestando importantes contribuições teóricas, merece ser citado Anselm Strauss, discípulo de Blumer. Strauss defendia uma teoria empírica, que consistia em um processo de interação que ocorre, por um lado, entre a teoria e os conceitos, e, por outro, entre a observação e a interpretação (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010). Neste sentido, pode-se, então, inferir que a origem da Teoria Fundamentada em Dados (TFD) esteve fortemente associada ao IS.

O IS, como abordagem interpretativa, passou a representar nova possibilidade de análise nas ciências sociais e na saúde. Nesta perspectiva, o conhecimento tanto das ciências sociais quanto da saúde somente pode ser percebido pelo pesquisador, mediante observação direta e interação entre os atores envolvidos, ações práticas e significado que interpretam os objetos,

além das situações, dos símbolos que o cercam, porque é por intermédio desses elementos que os atores constroem o mundo social (SANTOS, 2017).

Esse referencial valoriza o significado que o ser humano atribui às próprias experiências, tendo aproximação com as ciências da saúde, a partir do momento que cria possibilidades para o desenvolvimento do cuidado humano (XAVIER, 2016). Existe conexão teórica entre o conceito central de significado revelado pelo IS e o conceito de cuidado de si a ser trabalhado em diversas áreas da pesquisa em saúde (SANTOS *et al.*, 2020a). Neste sentido, a escolha deste referencial teórico se tornou apropriada para este estudo, devido à valorização do elemento interativo para a prática do cuidado.

Tendo em vista o ideal de busca da compreensão do significado que os profissionais de saúde atribuem ao cuidado com a dor do RN hospitalizado na UTIN, acredita-se que este referencial de base teórico-filosófica permitirá, com mais clareza, a compreensão do significado da ação humana, bem como ajudará a subsidiar a formação de uma matriz teórica que elucide tais experiências na práxis cotidiana da assistência ao RN em unidade neonatal.

Por intermédio do IS, foi possível visualizar como os profissionais de saúde interagem com os RN, familiares destes e os demais membros da equipe multiprofissional, e quais as ações que eles desenvolvem para minimizar ou aliviar a dor do RN na UTIN elaboradas com base nos significados que eles lhes atribuem. Ante o exposto, é possível perceber a conexão entre as premissas propostas por Blumer (1969), os conceitos do IS e o objeto de estudo desta tese, como observado no Quadro 1.

- Premissa 1 – Os profissionais de saúde agem em relação ao cuidado com a dor do RN com base no significado que este significado tem para ele.
- Premissa 2 – O significado do cuidado com a dor do RN é derivado ou surge da interação estabelecida entre o profissional de saúde com os elementos significativos do processo de cuidado.
- Premissa 3 – Os significados são manipulados e modificados pelo profissional de saúde por um processo interpretativo, desenvolvido por ele, ao enfrentar os elementos significativos na UTIN.

Quadro 1 - Representação da Interação dos conceitos do Interacionismo Simbólico associados ao objeto de estudo. Teresina, PI, 2022.

CONCEITO DO IS	ASSOCIAÇÃO COM O OBJETO DE ESTUDO
<i>Self</i>	As ações direcionadas pelo profissional de saúde relacionadas ao significado por ele atribuído com o cuidado com a dor do RN.
Ato social	Ação dos profissionais de saúde para atender às demandas de cuidado do RN com dor na UTIN.
Interação Social	De acordo com os significados atribuídos pelos profissionais de saúde sobre as demandas de cuidado com a dor do RN, eles interagem e se relacionam.
Ação Humana (Ato)	Como os profissionais de saúde agem em relação às demandas de cuidado do RN com dor e como essas ações são construídas.
Símbolo	São os objetos sociais usados pelos profissionais de saúde para representar as demandas de cuidado com a dor do RN.
Mente	Como os profissionais de saúde distinguem e selecionam as demandas de cuidado com a dor que são relevantes das irrelevantes.
Linguagem	Refere-se aos instrumentos utilizados pelos profissionais de saúde para organização de sua experiência de cuidado com a dor do RN.

Fonte: elaborado pela autora.

À semelhança das ideias básicas propostas por Blumer para o IS, também no cuidado ao RN com dor, estão presentes objetos físicos: UTIN, incubadoras, luz, ruídos, dispositivos invasivos, medicamentos, equipamentos, dentre outros; sociais: os profissionais que prestam assistência direta e indireta aos RN, famílias; abstratos: comportamentos, experiência, atitudes, crenças, valores, emoções e sentimentos.

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1 Marcos Históricos da Teoria Fundamentada nos Dados

A Teoria Fundamentada nos Dados ou *Grounded Theory* (GT) é um referencial metodológico que valoriza os significados das coisas, considerando a relação entre o sujeito cognoscente e o objeto pesquisado, na busca de conhecimento, de modo a construir constructos teóricos que buscam a compreensão dos fenômenos sociais com base nos dados investigados (SILVA *et al.*, 2019). “A *Grounded Theory* é um método geral de análise comparativa [...] e um conjunto de procedimentos capazes de gerar [sistematicamente] uma teoria fundamentada nos dados” (GLASER; STRAUSS, 1967 *apud* TAROZZI, 2011, p.17).

Trata-se de método de análise comparativa, construída a partir de conceitos e proposições que buscam explicar como os seres sociais vivenciam as experiências, compreendendo os significados revelados sobre essas vivências e interações existentes (MAGALHÃES *et al.*, 2019). Os processos sociais que emergem desse cenário são as bases que permitem ao investigador explicar o fenômeno, por meio da interpretação, utilizando-se de abordagem indutiva e dedutiva (LEITE *et al.*, 2012).

Esse referencial metodológico possibilita gerar explicações a partir da compreensão de ações de indivíduos e/ou grupos em determinado contexto, investigando as interações, os comportamentos e as percepções destes, diante do enfrentamento de problemas ou situações sociais vivenciadas (SANTOS *et al.*, 2018; KOERICH *et al.*, 2018).

O objetivo da TFD é, portanto, compreender as experiências do mundo empírico e as interações entre os sujeitos que o compõem em determinado contexto social. É um processo que não parte de pressupostos, assim como também não tem a intencionalidade de testar os achados (SILVA *et al.*, 2018; SOLANO *et al.*, 2018).

A TFD foi desenvolvida na década de 1960, nos Estados Unidos, inicialmente, por dois sociólogos, Barney Glaser e Anselm Strauss que apresentavam tradição filosófica e de pesquisa diferentes. Strauss se formou na *University of Chicago* que possuía forte tradição com pesquisas qualitativas, com influência do pragmatismo, enquanto Glaser se graduou na *Columbia University*, cujas ideias sobre pesquisa foram influenciadas por Paul Lazarsfeld, conhecido como inovador dos métodos quantitativos (STRAUSS; CORBIN, 2008). Deste modo, Glaser com sua formação quantitativa acabou por influenciar os rigorosos processos de análise na TFD e Strauss valorizava os significados sociais subjetivos que emergem da ação humana, revelando sua tradição filosófica (SANTOS *et al.*, 2016).

Conforme Silva *et al.* (2019), ao trabalharem juntos, Glaser e Strauss associaram as origens sociológicas, com perspectivas diversas e densas, mas, sobretudo, complementares, compartilharam ideias e saberes para o desenvolvimento da TFD. E, assim, com base nas influências destes dois paradigmas distintos, desenvolveram método que seria uma alternativa à tradição hipotética-dedutiva da pesquisa qualitativa na época (SANTOS *et al.*, 2018).

A modulação da TFD ocorreu no desenvolvimento de um estudo sobre a consciência de morrer em contextos hospitalares que, posteriormente, originou a publicação do livro *Awareness of Dying*, em 1965. A equipe de pesquisa observou o modo como ocorria o processo de morte e a forma como os pacientes tomavam conhecimento do fato de estarem morrendo e como lidavam com essa informação. Neste estudo, Glaser e Strauss deram a seus dados tratamento analítico ao desenvolverem estratégias metodológicas sistemáticas que poderiam ser adotadas por cientistas sociais para o estudo de outros temas (CHARMAZ, 2009).

A pesquisa se apresentou inovadora na época, pelo conteúdo e método utilizado para elaborar teoria compreensiva e original que explicasse sistematicamente um tema, até então, pouco investigado e estudado com instrumentos qualitativos. Com o sucesso do livro, foram muitas as solicitações para que o método aplicado fosse detalhado para demonstrar a cientificidade das conclusões e, sobretudo, para legitimar a TFD como pesquisa qualitativa. Assim, em 1967, Glaser e Strauss publicaram o livro *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research* (TAROZZI, 2011).

Nessa obra, Glaser e Strauss, além de apresentarem a estratégia metodológica, defenderam o desenvolvimento de teorias a partir da pesquisa baseada em dados, ao invés da dedução de hipóteses analisáveis, a partir de teorias existenciais, resultando em modelo descritivo, no qual são especificadas as condições necessárias para existência de fenômeno ou papel do fenômeno em determinado processo social. Com este enfoque, os autores desafiaram o paradigma positivista da época e mostraram que a pesquisa qualitativa poderia ir além dos estudos descritivos e desenvolver explicações teóricas sobre o comportamento humano (SANTOS *et al.*, 2016).

Após essa publicação, a TFD ganhou significado em novos campos da sociologia médica, psicologia e psiquiatria e, posteriormente, alcançou campos diversos, com destaque para educação e administração (SILVA *et al.*, 2019). Apesar do êxito obtido, com o tempo, começaram a surgir divergências metodológicas entre os dois idealizadores do método, em relação aos procedimentos metodológicos empregados na TFD (SANTOS *et al.*, 2016).

Segundo esse autor, a principal diferença dos pontos de vista de Strauss e Glaser sobre o método estava na flexibilidade do primeiro e no pragmatismo do segundo. Glaser manteve a

estrutura clássica do método, defendendo o empirismo objetivo para condução das investigações, enquanto Strauss conduzia a TFD para critérios de validação, incorporando novos instrumentos de análise, como a descrição interpretativa dos dados. Em outras palavras, enquanto este último defendia um modelo analítico de apoio aos pesquisadores composto por um conjunto de recomendações, Glaser defendia o método em sua abordagem primária, sem considerar outros procedimentos analíticos.

Em 1990, Strauss publicou, juntamente com sua assistente Juliet Corbin, o livro *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*, que tinha o objetivo de oferecer aos estudantes universitários um manual prático para conduzir uma GT. Strauss e Corbin defendiam a ideia de que a geração de uma teoria ocorre a partir de uma relação colaborativa entre pesquisadores e participantes do estudo, criando as bases para a perspectiva construtivista do método (SANTOS *et al.*, 2016).

Este fato foi considerado o estopim para comprometer a relação de Strauss com Glaser, pois este último acreditava que a obra publicada distorcia a concepção primária da TFD (TAROZZI, 2011). A partir desse ano, o paradigma subjacente a essa visão do conhecimento foi colocado em discussão nas ciências sociais, em favor de uma visão alternativa, no qual o pesquisador é considerado um construtor conjunto da realidade que se pretende descrever, abrindo caminho para a escola construtivista (TAROZZI, 2011; SILVA *et al.*, 2019).

Nesse contexto, Katly Charmaz, aluna de Glaser, propôs a interpretação construtivista do método no ano 2000. A GT construtivista defende que o conhecimento é fruto de uma construção recíproca entre o pesquisador e os sujeitos do estudo, e que, no centro da investigação da pesquisa, está a dimensão dos significados atribuídos por estes participantes (TAROZZI, 2011). A autora se coloca contrária a Glaser e Strauss, quando afirma que nem todos os dados nem todas as teorias são descobertas, mas ambas são construídas e que os significados e as expressões dos participantes da pesquisa são construções da realidade (SANTOS *et al.*, 2016).

Assim, na evolução do método que ocorreu, sobretudo, em função da evolução do pensamento científico e dos paradigmas norteadores da pesquisa qualitativa, foram desenvolvidas três principais escolas de TFD, a saber: a escola clássica ou glaseriana; a escola relativista ou straussiana; e a escola construtivista de Charmaz. Apesar dessa variedade, as diferentes vertentes do método têm em comum as características da obra fundante da TFD, como a amostragem teórica, saturação teórica, simultaneidade entre coleta e análise dos dados, sensibilidade teórica, teoria substantiva, elaboração de conceitos e utilização de memorandos e diagramas (SANTOS *et al.*, 2018; PEITER *et al.*, 2020).

No que se refere às principais diferenças entre as escolas, destacam-se o paradigma epistemológico, o uso da literatura e a operacionalização da análise de dados como pode ser observado no Quadro 2 (SANTOS *et al.*, 2018; GIRARDON- PERLINI; SIMON; LACERDA, 2020).

Quadro 2 - Características diferenciadoras da TFD, segundo as vertentes metodológicas. Teresina, PI, 2021.

Características	Vertentes da TFD		
	Clássica	Straussiana	Construtivista
Paradigma epistemológico	Positivismo	Pós-positivismo e Interacionismo Simbólico	Construtivismo e Interacionismo Simbólico
Uso da literatura	Somente no final	Em todas as etapas	Em todas as etapas e compilado no final
Condução da investigação e desenvolvimento da teoria	Ênfase na emergência dos dados, por meio do processo de indução e da criatividade do pesquisador	Uso do modelo paradigmático	Coconstrução e reconstrução de dados em direção à teoria
Etapas de codificação	1.Substantiva 1.1 Aberta 1.2 Seletiva 2. Teórica	1.Aberta 2. Axial 3. Integração	1.Inicial 2. Focalizada

Fonte: Adaptado de Santos *et al.*, 2016 e Santos *et al.*, 2018.

A perspectiva metodológica a ser seguida neste estudo foi aquela proposta por Strauss e Corbin. Nesta escola, no que tange à base filosófica, o Interacionismo Simbólico e o pragmatismo permeiam a metodologia proposta por eles, devido às contribuições de Strauss neste referencial. O sociólogo tinha experiência na realização de estudos, focando nos processos de interação, nas condutas humanas e nos papéis sociais, que se mostram importantes no curso do IS, pois este busca a percepção ou significado de determinada situação ou objeto para determinado indivíduo ou grupo (SANTOS *et al.*, 2016; KOERICH *et al.*, 2018).

A corrente straussiana defende posição ativa do pesquisador diante dos dados e na elaboração da teoria, pois é ele quem interpreta os dados e, portanto, pode possuir algum

conhecimento prévio sobre o fenômeno estudado. Nesta vertente, o pesquisador deve buscar apoio teórico antes e durante a coleta e análise de dados, entretanto, o deve fazer com cautela para não permitir que os dados da literatura se coloquem entre os dados do estudo e ele (SANTOS *et al.*, 2018; KOERICH *et al.*, 2018).

Corbin e Strauss (2015) destacam que a literatura técnica pode fornecer questões e conceitos iniciais e, durante a pesquisa, ideias para a amostragem teórica. É utilizada para fins comparativos, que podem melhorar a capacidade para identificar as propriedades e dimensões de conceitos provenientes dos dados. A familiaridade do pesquisador com a literatura pode aumentar a sensibilidade a nuances sutis nos dados, estimular o pensamento, além de sugerir perguntas a serem utilizadas na coleta de dados, por meio da realização de entrevistas semiestruturadas ou observação.

3.2 Características Metodológicas da Vertente Straussiana da Teoria Fundamentada nos Dados

A TFD é uma construção complexa, em que as contribuições dos diferentes atores sociais que se relacionam com o fenômeno estudado permitem o desenvolvimento de uma teoria, a partir de competências científicas do pesquisador e com o auxílio de recursos analíticos do método. Neste processo, os pesquisadores utilizam o raciocínio indutivo e dedutivo para estabelecer eixos temáticos e categorização dos achados cada vez mais abstratos, mediante habilidades do pesquisador, como sensibilidade e criatividade, que auxiliam na compreensão complexa e detalhada do objeto investigado (SILVA *et al.*, 2019).

O método, quando utilizado, deve seguir características metodológicas como processo cíclico de coleta e análise dos dados, codificação dos dados, construção de hipóteses e encaminhamentos para novos grupos amostrais, de modo a revelar em profundidade a realidade investigada. Além destes, têm-se a saturação teórica, o emprego do modelo paradigmático na escola straussiana e a revelação do fenômeno central do estudo; a redação dos memorandos e elaboração dos diagramas; a sensibilidade teórica e as habilidades analíticas do pesquisador, assim como a proposição da matriz teórica (SILVA *et al.*, 2019).

Tarozzi (2011) afirma que a GT é um processo mais bem representado na forma de espiral, pois, a partir de dado ponto de partida, procede analiticamente, não de forma regular, constante e ordenada, pois, em alguns momentos, faz-se necessário retornar, regressar em algumas passagens e, posteriormente, avançar cada vez em nível diferente, mais alto.

O investigador deve ter a capacidade de retroceder e analisar as situações de forma crítica e reflexiva, tendo sensibilidade com as palavras e as ações dos informantes, percebendo as tendências que os dados apontam. A sensibilidade teórica traduz a capacidade do pesquisador em manter o equilíbrio entre objetividade e sensibilidade. A objetividade significa abertura, disposição para ouvir e dar voz aos informantes, sejam eles pessoas ou organizações. Esta é uma característica necessária para chegar a uma interpretação imparcial e acurada dos fatos e, para alcançá-la na pesquisa, sem realizar desvio na análise, deve-se empregar algumas técnicas: pensar comparativamente, obter pontos de vistas múltiplos, reunir dados de diferentes maneiras e manter sempre uma atitude de ceticismo, pois as categorias e hipóteses obtidas a partir da análise dos dados devem ser consideradas como provisórias (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A sensibilidade é a habilidade do pesquisador em reconhecer diferenças e variações nos dados, em termos conceituais, no processo de codificação e na interpretação dos significados (SANTOS *et al.*, 2016). “Isso significa conseguir ver além do óbvio para descobrir o novo” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.56). Essa capacidade tem como base a experiência profissional do pesquisador, além do saber produzido na área do estudo que o torna apto a ter *insights* acerca do fenômeno investigado, de modo a contribuir para reconhecer e dar significado aos dados (SILVA *et al.*, 2019).

Frente ao exposto, percebe-se que o método exige o exercício do pensamento crítico. Logo, o pesquisador deve ter esta sensibilidade aguçada para pensar abstrato, oferecer explicações alternativas e reconhecer propriedades e dimensões de conceitos emergentes. Deve, também, elaborar perguntas estimulantes, interpretar os dados indutiva e dedutivamente, fazer comparações e extrair dos dados brutos um esquema teórico inovador, integrado e representativo da realidade (BAGGIO; ERDMANN, 2011; STRAUSS; CORBIN, 2008).

O raciocínio indutivo parte do específico para o geral e ocorre quando os dados são conceituados e as hipóteses são descobertas, enquanto o dedutivo acontece durante a interpretação do que está acontecendo, de acordo com os dados, como também quando se fazem discussões com outros envolvidos sobre o tema e com base na literatura que sustentam as ideias (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Para Girardon-Perini, Simon e Lacerda (2020), a indução ocorre desde o processo inicial da TFD, quando o pesquisador busca população que possa ajudar na compreensão do fenômeno estudado. A dedução ocorre pela criação dos códigos, na qual o pesquisador precisa compreendê-los como conceitos que são fundamentados nos dados, permitindo a construção da variabilidade de grupos a serem pesquisados.

Esses procedimentos se fundamentam em um tipo de investigação denominada análise comparativa, característica comum nas três perspectivas metodológicas da TFD e que a diferencia de outros métodos qualitativos. Para Strauss e Corbin (2008, p.65),

[...] análise não é um processo estruturado, estático e rígido. Ao contrário é um processo de fluxo livre e criativo, no qual os analistas se movem rapidamente para frente e para trás entre os tipos de codificação, usando técnicas e procedimentos analíticos livremente e em resposta à tarefa analítica que tem em mãos.

A análise comparativa consiste em um processo em que os dados são coletados e constantemente comparados entre si, com objetivo de determinar diferenças e similaridades, reduzindo os dados a conceitos, a fim de desenvolvê-los em propriedades e dimensões, e diferenciar um conceito do outro, proporcionando maior rigor sobre os dados (CORBIN STRAUSS, 2015).

A partir da comparação constante, o analista começa a pensar nas dimensões, nas condições em que o fenômeno é pronunciado ou minimizado, as consequências, a relação com outras categorias e as outras propriedades (GLASER; STRAUSS, 1999). Para Magalhães *et al.* (2019), essa estratégia é utilizada para manter a objetividade dos dados, permitindo que o pesquisador interprete de modo mais fidedigno o grande volume de informações geradas na análise. A análise comparativa perpassa por quatro estágios, em que o pesquisador classifica, por meio da coleta de dados, analisa e codifica a informação e reforça a geração da teoria, mediante o processo de amostragem teórica.

Dessa forma, os dados ou um grupo de dados são constantemente submetidos a questionamentos que irão permitir a geração de hipóteses, ao longo da coleta e análise de dados. Estas hipóteses são provisórias e constantemente comparadas com novos dados provenientes de entrevistas, observações, relatórios escritos, sendo, posteriormente, confirmadas ao longo do curso da pesquisa, tornando a explicação teórica cada vez mais densa (SOLANO *et al.*, 2018; GLASER; STRAUSS, 1999).

Além da análise comparativa constante, a codificação dos dados é comum em todas as correntes da TFD, porém existem diferenciações de como esta etapa deve ser estruturada e executada (GIRADON-PERLINI; SIMON; LACERDA, 2020). A codificação caracteriza-se pela redução do volume de dados, por meio da conceituação e identificação de padrões e eventos (KOERICH *et al.*, 2018).

Strauss e Corbin, na primeira obra, apresentam a abordagem estruturada e sistemática para análise dos dados em três etapas interdependentes: aberta, axial e seletiva, entretanto, na

nova edição publicada, em 2015, estes autores apresentaram mudanças relacionadas às etapas propostas no sistema de codificação. Na etapa inicial, a codificação aberta não sofreu alterações, assim como a codificação axial, mas a terceira etapa, antes chamada de seletiva, passou a ser denominada integração. A mudança no nome se justifica para adequação ao processo realizado, que se desenvolve de forma crescente desde o início do processo analítico até que todas as categorias estejam saturadas e sustentando o fenômeno (MAGALHÃES *et al.*, 2019).

Na codificação aberta, primeira etapa do processo de análise, os dados são separados em partes distintas, sendo rigorosamente examinados e comparados em busca de similaridades e diferenças. Esta forma de análise pode ser considerada uma microanálise, pois acontece de forma exploratória e detalhada e objetiva analisar os dados, denotar conceitos que parecem relevantes, mas cujo significado ainda permanecem indefinidos (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Nessa etapa, os dados são rotulados, ou seja, os fatos são divididos em ideias, incidentes, eventos e atos distintos, e depois recebem um nome que os represente, que pode ser retirado das palavras dos informantes, sendo, nesse caso, chamado de código *in vivo* (STRAUSS; CORBIN, 2008). Esse processo de rotular os dados pode ser realizado mediante análise linha por linha, em que se faz um exame detalhado de dados e, algumas vezes, palavra por palavra. Uma outra forma de codificação pode ser por meio da análise de uma frase ou parágrafo inteiro ou ainda mediante a leitura de todo documento (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Depois de identificar os conceitos que representam a interpretação do significado expresso nas palavras ou ações dos participantes (dados brutos), estes são agrupados em categorias, conceitos de nível superior, ou seja, termos mais abstratos que denotam o tema principal que um grupo de conceitos de nível básico estão apresentando.

Os conceitos gerados possuem duas características essenciais conjuntas. Devem ser analíticos, suficientemente generalizados para designar as características de entidades concretas e não as próprias entidades. E, devem, ainda, ser sensibilizantes, produzindo imagem significativa, estimulada por ilustrações adequadas que possibilitem alguém compreender a referência em termos da própria experiência (GLASER; STRAUSS, 1999).

À medida que os conceitos se movem em direção a níveis maiores de abstração, eles ganham maior poder explicativo e podem acomodar mais detalhes sobre eles. Portanto, “os conceitos são os tijolos que formam a estrutura da teoria [...] eles são parte da linguagem e contêm dentro deles significados culturais e pessoais” [tradução nossa], ao passo que as categorias fornecem a estrutura da teoria, por possuírem nível maior de abstração e maior poder explicativo (CORBIN; STRAUSS, 2015, p.68).

Uma vez identificada a categoria, o analista deve começar a desenvolvê-la em termos de propriedades e dimensões específicas. As propriedades se referem às características ou aos atributos, gerais ou específicos de um conceito, e as dimensões representam as variações dentro das propriedades, sendo responsáveis pela especificidade e pelo alcance dos conceitos (CORBIN; STRAUSS, 2015). O nome escolhido para uma categoria deve ser aquele que permita ao pesquisador lembrar rapidamente do referente ou pode ter como fonte os códigos *in vivo*, também pela facilidade de memorização (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A segunda etapa da codificação consiste na codificação axial que tem por objetivo reagrupar os dados que foram divididos durante a codificação aberta, a fim de formar explicações sobre os fenômenos em investigação e possibilitar a emergência de categorias. Nesta, as categorias são relacionadas às subcategorias, a fim de gerar explicações mais precisas e completas sobre o fenômeno estudado. Subcategorias especificam melhor uma categoria, ao denotar informações do tipo quando, onde, por que e como um fenômeno tende a acontecer. Neste sentido, a categoria representa o fenômeno em si e as subcategorias respondem a questões sobre este fenômeno (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Ao procurar respostas para essas questões, é possível descobrir relações entre as categorias. No entanto, como as associações entre as categorias podem ser muito sutis e implícitas, é importante utilizar um esquema que possa auxiliar na classificação e organização destas conexões emergentes. Um desses esquemas é o paradigma ou modelo paradigmático, conceituado como ferramenta analítica que auxilia na realização da codificação axial, pois permite codificar em torno de uma categoria. (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Esta ferramenta consiste em um conjunto de perguntas que pode ser aplicada aos dados para ajudar os pesquisadores a separar conceitos e estabelecer possíveis ligações entre eles (CORBIN; STRAUSS, 2015). O modelo paradigmático mais atual é composto por três componentes: condições, ações/interações e consequências que auxiliam no estabelecimento das relações entre as categorias e na identificação do fenômeno ou categoria central da pesquisa (SANTOS *et al.*, 2018).

As condições são as razões e explicações dadas pelos participantes do porquê de responderem, como responderem aos eventos e às situações problemáticas por intermédio de ações e interações e do porquê as coisas acontecerem. As ações e interações correspondem aos significados atribuídos pelas pessoas aos eventos e às situações problemáticas ocorridos nas vidas destas, enquanto o componente consequências apresenta os desfechos antecipados ou os desfechos atuais que resultaram das ações e interações. As consequências podem ser para si ou para os outros e podem ser físicas, psicológicas ou sociais. Podem, ainda, gerar sentimentos,

como raiva, culpa, medo, e estimular novas ações ou mudanças na direção da ação e interação (CORBIN; STRAUSS, 2015).

No âmbito do paradigma, as condições facilitam a elucidação do fenômeno, pois influenciam, de forma micro e macro, os acontecimentos, sendo possível classificá-lo em: causais, interventoras e contextuais. As primeiras referem-se aos fatos ou acontecimentos que influenciam o fenômeno. As interventoras mitigam ou alteram o impacto das condições causais nos fenômenos; enquanto as contextuais se relacionam aos padrões de condições que cruzam dimensionalmente neste momento e local para criar o conjunto de circunstâncias ou problemas aos quais as pessoas respondem (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Magalhães *et al.* (2019) elucidam que ao utilizar o modelo paradigmático, o pesquisador poderá compreender e explicar as ações, interações e estratégias desenvolvidas pelas pessoas em determinado contexto, uma vez que o contexto do estudo é importante para compreender o fenômeno, pois o local, as pessoas e a cultura exercem influência em como e por que o fenômeno acontece.

Quando os pesquisadores codificam para o contexto, alguns dos conceitos identificados vão se referir aos fatores condicionantes, alguns conceitos vão denotar ação e interação, enquanto outros vão apresentar as consequências ou resultados. Nesse processo, dentro de um conjunto de condições, identificam-se as interações que estão ocorrendo e quais consequências reais ou antecipadas estão acontecendo por causa da ação e interação (CORBIN; STRAUSS, 2015).

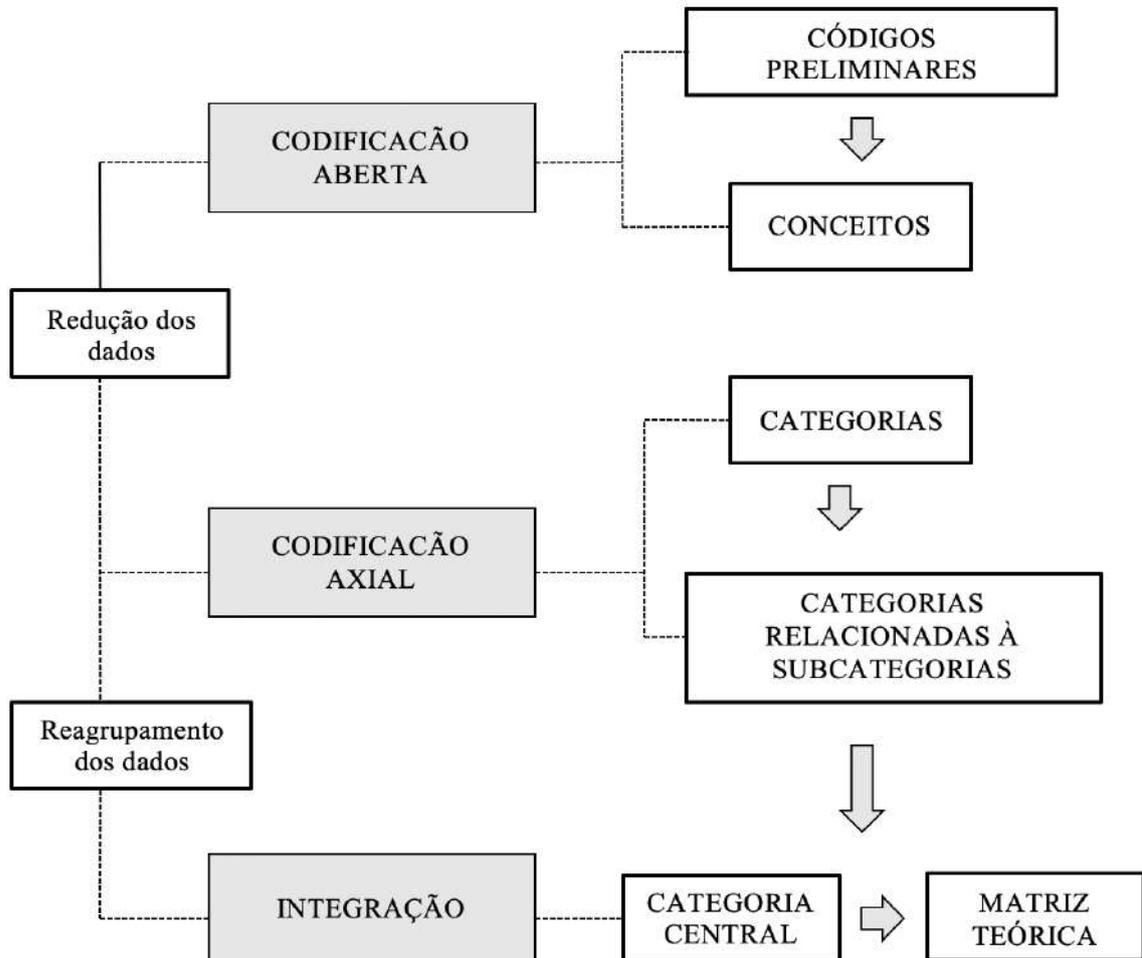
A última etapa da codificação proposta pela escola straussiana é a integração, na qual ocorre o refinamento das categorias e subcategorias em relação à consistência interna e ao modelo paradigmático (MAGALHÃES *et al.*, 2019). Na integração, as categorias são organizadas em torno de um conceito central chamado de categoria central, que constitui o elo entre as demais categorias e que deverá revelar a essência e a magnitude da experiência vivenciada, motivando a construção da teoria explicativa do fenômeno estudado (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Para Girardon-Perlini, Simon e Lacerda (2020), uma categoria central é resultado da capacidade de abstração do pesquisador, ao aliar a sensibilidade teórica ao processo indutivo-dedutivo, para refinar e reduzir as categorias e revelar a uniformidade subjacente no conjunto original de categorias ou de suas propriedades.

Trata-se de conceito abstrato e amplo o suficiente que resume em poucas palavras as ideias principais expressas no estudo. Além disso, é a categoria dentre as outras que apresenta maior poder explicativo e capacidade de se vincular às demais para formar explicação teórica

do porquê e como algo aconteceu (CORBIN; STRAUSS, 2015). Estas etapas do processo analítico da vertente straussiana da TFD podem ser visualizados na Figura 2.

Figura 2- Processo de análise dos dados na TFD straussiana



Fonte: Autoria própria.

A teoria é mais do que um conjunto de resultados, pois oferece explicação sobre os fenômenos. Corbin e Strauss (2015, p.62) definem na obra por eles produzida que:

[...] a teoria denota um conjunto de categorias bem desenvolvidas (temas, conceitos) que são sistematicamente desenvolvidos em termos de suas propriedades e dimensões e inter-relacionadas por meio de declarações de relação para formar um quadro teórico que explique algo sobre um fenômeno.

Teorizar não é apenas condensar dados brutos em diferentes níveis de conceitos, mas em mostrar as relações entre estes, definindo o principal problema, evento sob investigação

como percebida pelos participantes; explicar o contexto potencial para ação-interação; relacionar a ação e a interação com os significados dados ao problema, questão ou evento e explicar como a ação e interação estão sujeitas a mudanças com as modificações no contexto; e relacionar os resultados com a ação e interação (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Para Tarozzi (2011), uma GT não se limita a apresentar dados e analisá-los para verificar ou falsificar teorias preexistentes, mas constrói criativa e rigorosamente uma teoria a partir dos dados, sendo capaz de explicar os fenômenos pesquisados. Esta teoria deve ser crível, ter consistência e coerência, apresentar argumentação e sustentação de resultados, explicitar o fenômeno e as características em termos de propriedades e dimensões. Além destas características, deve ser plausível e representar a experiência que está sendo apresentada, aplicável ao campo estudado, trazendo contribuições epistemológicas, bem como passíveis de serem transformadas em ações práticas (LACERDA *et al.*, 2019).

As teorias podem ser classificadas de diferentes maneiras. McEwen e Wills (2009) propõem classificação com base no alcance/ âmbito ou abstração e no tipo ou finalidade da teoria. As teorias com base no âmbito são diferenciadas quanto à complexidade e ao grau de abstração em metateoria, grande teoria ou macroteoria, teorias de médio alcance e teoria prática. No tocante à finalidade, podem ser descritivas, explicativas, preditivas ou prescritivas

A metateoria se refere à teoria sobre a teoria, ao passo que as grandes teorias são inespecíficas e utilizam conceitos relativamente abstratos que carecem de definições operacionais. As teorias de médio alcance são substancialmente específicas e englobam número limitado de conceitos e aspecto restrito do mundo real, enquanto as teorias práticas são mais específicas do que as anteriores, explicam pequeno aspecto da realidade e tendem a ser prescritivas (McEWEN; WILLS, 2009).

Segundo estes mesmos autores, as teorias descritivas, por sua vez, identificam e descrevem, observam e nomeiam os conceitos, as propriedades e dimensões, mas não explicam como ou por que os conceitos são relacionados. A finalidade deste tipo de teoria, na qual a TFD está incluída, é proporcionar observação e significado referentes aos fenômenos. A teoria explicativa relaciona os conceitos uns com os outros, descrevem as inter-relações entre os conceitos e as proposições e especificam as associações ou relações entre alguns conceitos.

Ou seja, este tipo de teoria tenta demonstrar como e por que os conceitos são relacionados e podem lidar com a causa e o efeito e as correlações ou regras que regulam as interações. As teorias preditivas são aquelas em que as relações entre os conceitos são capazes de descrever, de forma consistente, os futuros resultados, enquanto as teorias prescritivas são

aquelas que prescrevem as atividades necessárias para alcançar as metas definidas (McEWEN; WILLS, 2009).

Há autores que propõem classificação das teorias como substantivas e formais. A teoria substantiva é aquela que interpreta e explica um problema específico referente a uma área particular, enquanto a teoria formal tem a capacidade explanatória de aplicar os conceitos a um mesmo fenômeno, que se desenvolve em contextos e situações diversas (TAROZZI, 2011; SANTOS *et al.*, 2016). As teorias formais são menos específicas para um grupo ou lugar, são mais amplas, mais densas e podem ser usadas para compreender uma gama mais ampla de preocupações e problemas sociais (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Teorias substantivas e formais podem ser consideradas como de médio alcance, pois encontram-se entre aquelas com hipóteses menores e as grandes teorias, totalmente inclusivas (GLASER; STRAUSS, 1999). Para Lacerda *et al.* (2019), a TFD produz uma teoria de médio alcance, por tratar de questões relativamente concretas, com número de conceitos restrito e abstrações associadas a uma realidade específica. Pode, ainda, receber a classificação de teoria substantiva, por referir-se a uma proposta que estuda um fenômeno, proporcionando conhecimento sobre um problema delimitado a um contexto específico.

Uma vez que a teorização esteja concluída, é necessário validar a teoria. O termo validação se refere à confirmação, ratificação, pois é necessária certificação da aplicabilidade e que, de fato, esta represente a vivência dos participantes que compartilham as experiências (LACERDA *et al.*, 2019). A validação possibilita analisar se o modelo teórico, a matriz teórica ou teoria construída é representativo da realidade investigada, além de discutir a aplicabilidade a outros contextos de tempo e espaço (SANTOS *et al.*, 2016; ADAMY *et al.*, 2018).

De acordo a corrente straussiana da TFD, a teoria que surgiu dos dados é demonstrada por meio de interpretação abstrata dos dados brutos, sendo necessário determinar como esta abstração se ajusta aos dados brutos e se algo importante foi esquecido (STRAUSS; CORBIN, 2008). Entre as três vertentes, esta é a que confere maior importância à etapa de validação da teoria, considerando-a critério fundamental para imprimir rigor científico e consolidar resultados da pesquisa (SANTOS *et al.*, 2016).

O esquema teórico deve ser capaz de explicar grande parte dos relatos dos participantes que foram analisados metodicamente e elevados a nível conceitual, pois o objetivo é desenvolver uma teoria válida e embasada, capaz de se comunicar com as questões que foram estudadas (LACERDA *et al.*, 2019).

No processo de validação, o pesquisador poderá validar o esquema teórico representativo da realidade investigada da forma que considerar mais adequada, fazendo

modificações e inserções de novos elementos, com intuito de aprimorá-la. Poderá optar pela participação de pessoas entrevistadas na pesquisa; de pessoas que não participaram da pesquisa, mas que vivenciam o fenômeno, de *experts* na temática ou no método, ou associar estas possibilidades (LACERDA *et al.*, 2019). Apesar dessas possibilidades, Adamy *et al.* (2018) recomendam como estratégia para validação de construtos teóricos advindos da TFD as rodas de conversas, por entender que elas possibilitam a discussão coletiva acerca das categorias geradas a partir dos dados, privilegiando os pressupostos metodológicos e o rigor científico.

Uma outra característica que diferencia a TFD de outros desenhos de pesquisa qualitativa é a coleta de dados. A técnica de coleta na vertente straussiana recomenda o uso de entrevistas não estruturadas, também chamada de entrevista aberta, intensiva ou em profundidade. Este tipo de entrevista explora o fenômeno, sem interrogar o participante, permitindo que ele fale livremente sobre o tema e oportunizando ao pesquisador ouvi-lo atentamente e, se necessário, fazer novos questionamentos em busca do aprofundamento das reflexões e compreensão do fenômeno estudado. Durante o processo, é mantida a intencionalidade do pesquisador, por meio da questão norteadora da entrevista, a qual precisa proporcionar flexibilidade e liberdade para exploração de um tópico em profundidade (MAGALHÃES *et al.*, 2019).

Destacam-se, ainda, outras técnicas de coleta de dados, como observação, grupos focais, análises de documentos. A triangulação de métodos é um fator de rigor metodológico na TFD, pois a associação de variadas técnicas de coletas de dados tende a produzir resultados que se complementam entre si e permite maior possibilidade de enriquecimento da análise (PETTER *et al.*, 2020).

Após a coleta dos primeiros dados empregando uma ou combinação destas técnicas, inicia-se o processo analítico para identificar os conceitos. Estes conceitos derivados dos primeiros dados fornecem as áreas que os dados serão coletados na próxima sessão de coleta, utilizando-se, desta forma, do pressuposto da amostragem teórica, método de coleta de dados baseado em conceitos derivados dos dados, que tem como objetivo coletar dados de lugares, pessoas ou eventos que irão maximizar oportunidades de desenvolver conceitos em termos de propriedades e dimensões, descobrir variações e identificar relações entre os conceitos. Cada novo evento que é amostrado se baseia em conceitos derivados da coleta e análise de dados anteriores, adicionando novas propriedades, dimensões, especificidade ou variações a um conceito (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Inicialmente, são elencados participantes que estejam vivenciando a situação social que está sendo estudada ou fontes de dados consideradas importantes para responder aos objetivos

da investigação. À medida que os primeiros dados vão sendo analisados, os próximos participantes e/ou fonte de dados serão selecionados de acordo com a necessidade de preenchimento de lacunas ou aprofundamento teórico (GOMES *et al.*, 2015).

Pode-se, então, perceber que a amostragem teórica é uma função do processo analítico da TFD que se apresenta como extensão progressiva no decorrer da análise, exigência conduzida pelo trabalho de conceituação teórica (TAROZZI, 2011). Ela vai se construindo aos poucos até o momento em que ocorre a saturação teórica, pois é esta que determina o encerramento da coleta de dados.

A saturação se configura como a fase da investigação, em que foi identificado que não surgem novos dados ou aqueles que surgem não expandem a compreensão do fenômeno. Desta forma, “pode-se afirmar que uma categoria está saturada quando não se encontram mais dados ulteriores que desenvolvam outras propriedades da categoria ou suscitam novas intuições teóricas” (TAROZZI, 2011, p.152).

Para Corbin e Strauss (2015), a saturação teórica vai além do pesquisador tentar identificar se algum dado relevante irá surgir em relação a uma categoria, pois se este procurar com afinco, sempre irá encontrar propriedades ou dimensões adicionais a esta. Portanto, é melhor considerar a saturação, quando se alcança na investigação um ponto no qual a coleta de dados parece não ser mais necessária, pois aqueles conceitos identificados se apresentam bem desenvolvidos nas várias propriedades e dimensões sob diferentes condições.

Mais do que a quantidade de entrevistas e/ou dados coletados por outras técnicas é a significância, a profundidade e a riqueza dos dados que tornam teoricamente elevada uma análise (RIBEIRO; SOUZA; LOBÃO, 2018). Elucidar o processo analítico tem a finalidade de construir a teoria, dar ao processo científico o rigor metodológico necessário, auxiliar o pesquisador a detectar os possíveis vieses, desenvolver a densidade, a sensibilidade, a integração e os fundamentos necessários para gerar uma teoria substantiva criativa (LESSA *et al.*, 2019).

Importante destacar alguns recursos que auxiliam na análise dos dados que são os memorandos e diagramas. Memorandos são reflexos do pensamento analítico e incentivam o pesquisador a trabalhar com conceitos e não com dados brutos, permitem o uso da criatividade, imaginação e estimulam novos *insights* sobre os dados (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Podem ser entendidos como a redação das ideias do pesquisador, as dúvidas e incertezas sobre os códigos e as relações. São elaborados com base em suposições relativas do pesquisador em relação ao que está acontecendo nos dados, e não em afirmações, pois como mencionado, as hipóteses, inicialmente, geradas entre as categorias e as inter-relações são provisórias

(SOUSA *et al.*, 2019). Os memorandos indicam quando uma categoria está bem desenvolvida em termos de propriedades e dimensões ou quando um maior desenvolvimento é necessário (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Esses registros podem ser notas teóricas, operacionais e de observação. Nas notas teóricas, o pesquisador registra a interpretação e inferência dos dados, faz hipóteses e desenvolve novos conceitos, enquanto, nas notas de observação, ele apenas descreve as audições e observações do campo de pesquisa. As notas metodológicas referem-se aos procedimentos e às estratégias metodológicas utilizadas, às decisões sobre o delineamento do estudo, estratégias para coleta de novos dados e melhor entendimento de alguns outros que vão emergindo de sua análise (SOARES *et al.*, 2015; MAIRINK; GRADIM; PANOBIANCO, 2021). A construção dos memorandos pode ser manuscrita, digitada ou inserida em *softwares* de gerenciamento de dados, dependendo da preferência e organização do pesquisador (METELSKI *et al.*, 2021).

Os diagramas são visualizações conceituais de dados, que ajudam o pesquisador a pensar além do nível de descrição dos dados. Podem ser usados como ferramentas analíticas, uma vez que são representações gráficas das relações entre os conceitos e as categorias delineadas, favorecendo o processo de comparação e contribuindo na concepção de diferentes níveis de abstração que auxiliará na densidade da teoria (CORBIN; STRAUSS, 2015; SOUSA *et al.*, 2019).

Esse recurso possibilita visualizar e compreender melhor as ações e interações das categorias e subcategorias, além de auxiliar o pesquisador na construção da categoria central e do esquema teórico, que representará a vivência dos sujeitos da pesquisa em relação ao fenômeno em investigação. Os diagramas são passíveis de modificações e são construídos e reconstruídos com a habilidade do pesquisador em olhar para os dados da pesquisa (MAIRINK; GRADIM; PANOBIANCO, 2021). Quanto mais explícitos e elucidativos forem os diagramas das conexões entre os conceitos emergidos, mais perceptível é a presença das propriedades e dimensões do fenômeno (GIRADON-PERLINI; SIMON; LACERDA, 2020).

A elaboração de memorandos e diagramas deve começar com a análise inicial e continuar durante o processo de pesquisa. Os memorandos crescem em complexidade, densidade, clareza e acuidade, à medida que a pesquisa progride. Os primeiros são mais breves, mais descritivos e podem direcionar o processo de análise, enquanto os mais avançados apresentam as reflexões para identificar conceitos, categorias, as propriedades destas, além de revelar os conceitos que precisam de desenvolvimento adicional e/ou refinamento (CORBIN; STRAUSS, 2015; TAROZZI, 2011). Portanto, a utilização desses recursos ajuda a identificar

evidências, lacunas na análise e direcionar a busca de novos dados, permitindo ao pesquisador apreender as diferentes nuances em que o fenômeno estudado se apresenta e avançar teoricamente na elaboração da teoria (SOUSA *et al.*, 2019).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Delineamento Metodológico

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa que utilizou a vertente straussiana da TFD como referencial metodológico e o Interacionismo Simbólico como referencial teórico, a fim de construir uma matriz teórica, a partir da compreensão do universo de significados relacionados ao cuidado de profissionais de saúde com a dor de recém-nascidos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. A pesquisa qualitativa busca produzir resultados não alcançados por procedimentos estatísticos ou outros meios de quantificação e tem como objetivo estudar a vida das pessoas, as experiências vividas, os comportamentos e as emoções, como também o funcionamento organizacional, os movimentos sociais e os fenômenos culturais (CORBIN; STRAUSS, 2015).

A TFD, enquanto método qualitativo, vai além da habilidade para operacionalizar um conjunto de procedimentos e técnicas, estando, pois, relacionada com o desenvolvimento de explicações teóricas sobre o comportamento humano (SILVA *et al.*, 2019). A operacionalização da TFD requer do pesquisador nova forma de pensar comparativamente em termos de propriedades e dimensões, em busca da densidade conceitual necessária para construir uma teoria. São exigidos, ainda, do pesquisador atitude criativa, curiosidade, olhar estético, pensamento crítico, flexibilidade, sensibilidade teórica, compromisso com os participantes e a sociedade, além de intercâmbio para produzir conhecimento capaz de intervir na sociedade de forma colaborativa (LEITE *et al.*, 2012).

O fato da FTD ser uma abordagem interpretativa e sistemática que extrai conceitos da experiência e realidade vivenciada pelos sujeitos sociais envolvidos, possibilita interligar constructos teóricos, chegando a resultados confiáveis, capaz de gerar não somente ações, como também permitir a expansão do conhecimento em enfermagem e de outras áreas da saúde (SOLANO *et al.*, 2018).

4.2 Cenário do Estudo

O estudo foi desenvolvido na UTIN de uma maternidade pública de referência em atendimento de alta complexidade na área obstétrica e perinatal, localizada na cidade de Teresina-Piauí, Brasil. A maternidade oferece à comunidade atendimento de urgência e emergência à gestante e puérpera, serviços ambulatoriais por equipe multiprofissional

especializada e assistência hospitalar. Atualmente, a instituição conta com 265 leitos assim distribuídos: oito de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Materna, 30 de UTIN, 15 leitos de UCINco, 19 de Unidade de UCINca, sete no espaço NEO Covid, seis de Centro de Parto Normal (CPN), 20 na Casa da Gestante, 52 na Ala A, 57 na Ala B, 19 na Ala C, 12 na Ala E e 20 na Ala F.

Os leitos de UTIN são divididos em 20 leitos na UTIN 1 e 10 leitos na UTIN 2. Possuem equipe multiprofissional composta por 26 enfermeiros, 81 técnicos de enfermagem, 30 médicos, 23 fisioterapeutas, dois fonoaudiólogos, um psicólogo e um nutricionista.

4.3 Participantes do Estudo e Processo de Amostragem Teórica

Como na TFD, os participantes são elencados por meio da amostragem inicial com indivíduos que possuam experiência relevante sobre o fenômeno investigado, definiu-se que o primeiro grupo amostral seria constituído por enfermeiros que prestassem assistência direta aos RN na UTIN, por entender que estes profissionais junto aos demais que compõem a equipe de enfermagem são os que permanecem a maior parte do tempo em contato com os neonatos durante a permanência deles na unidade neonatal.

A seleção dos seis enfermeiros desse grupo amostral obedeceu ao seguinte critério de inclusão: profissionais de ambos os sexos, que estivessem em pleno exercício das atividades na instituição, durante o período de coleta, que atuassem na UTIN há pelo menos seis meses, período considerado mínimo para vivências de práticas assistenciais; e que aceitassem participar do estudo de forma voluntária. Excluíram-se aqueles que estavam afastados do trabalho por férias, licença de qualquer natureza, bem como aqueles com atuação exclusiva em função de gestão ou administrativas.

Posteriormente, à medida que a análise dos dados foi se delimitando e a pesquisadora buscou respostas aos questionamentos que surgiram a partir do processo de comparação constante dos dados, partiu-se para os demais grupos amostrais, buscando, como sugere Corbin e Strauss (2015), coletar dados sobre aquilo que ainda não estava bem esclarecido e acerca dos aspectos que ainda não se encontram bem desenvolvidos. A partir das hipóteses levantadas nas entrevistas do primeiro grupo amostral, partiu-se para entrevistar nove profissionais de outras categorias profissionais que prestavam assistência direta ao RN (técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médico) e que compuseram o segundo grupo amostral. Diante da necessidade de esclarecer algumas questões e hipóteses relacionadas à gestão da UTIN e planejamentos de

ações voltadas para melhorar a qualidade do cuidado, partiu-se para o terceiro grupo amostral composto por dois participantes, conforme Quadro 3.

Para identificar os participantes, garantindo o anonimato deles, utilizou-se da letra G e o número correspondente ao respectivo grupo amostral ao qual pertenciam, seguidos da letra inicial do nome da categoria profissional (E – Enfermeiro; TE – Técnico de enfermagem; F – Fisioterapeuta; M – Médico; RT - Responsável técnico) e indicativo numérico correspondente à sequência da entrevista (Por exemplo: G1E1, corresponde ao grupo amostral 1 - enfermeiro que realizou a entrevista 1; G2T2, seria grupo amostral 2, técnico de enfermagem que realizou a entrevista número 2).

Quadro 3 – Participantes da investigação, segundo grupo amostral. Teresina, PI, 2022.

GRUPO AMOSTRAL	NÚMERO DE PARTICIPANTES	HIPÓTESES LEVANTADAS
G1	6 Enfermeiras	<p>1. O cuidado com a dor é um desafio para a prática em saúde, por ter interface entre o empirismo e o subjetivismo.</p> <p>2. Alguns profissionais demonstram na prática pouca sensibilidade com a problemática da dor, preocupam-se com o fazer, as medidas terapêuticas para atender às necessidades de saúde dos RN.</p> <p>3. Acompanhar a recuperação do RN sem repercussões para o desenvolvimento decorrentes das experiências dolorosas repetidas, durante a internação na UTIN, mostra-se importante para o profissional, sendo a certeza de que exerceu o papel corretamente.</p>
G2	4 Técnicos de enfermagem 4 Fisioterapeutas 1 Médico	<p>4. Apesar da grande maioria dos profissionais mostrarem-se atentos e sensíveis à questão da dor no RN, o protagonismo é exercido pela equipe de enfermagem que na rotina acaba com maior frequência realizando medidas não farmacológicas e minimizando os estímulos ambientais nocivos para garantir o conforto deste.</p> <p>5. A equipe multiprofissional tem valorizado a implementação de medidas não farmacológicas no dia a dia em detrimento das farmacológicas. Esse fato ocorre devido à socialização das evidências das primeiras e recomendações institucionais.</p> <p>6. A realização de medidas terapêuticas urgentes para restabelecer as funções vitais do RN sobrepõe-se em alguns momentos à prevenção da experiência</p>

GRUPO AMOSTRAL	NÚMERO DE PARTICIPANTES	HIPÓTESES LEVANTADAS
		<p>dolorosa, não tendo, porém, relação com a sensibilidade do profissional em relação à dor.</p> <p>7. Os problemas de gestão e a falta de capacitação específica sobre a dor entre os profissionais acabam por interferir na qualidade do cuidado.</p> <p>8. A capacitação sobre dor seria importante ferramenta para fortalecer o conhecimento científico, tornando-os mais críticos e reflexivos.</p>
G3	2 Enfermeiras Responsáveis técnicas	<p>9. A comunicação entre os profissionais que prestam assistência direta ao RN é fator preditor para o adequado manejo da dor.</p> <p>10. A realização de educação em saúde é uma prioridade na UTIN.</p> <p>11. Sensibilizações, reuniões, rounds, rodas de conversas são estratégias, atualmente, empregadas para qualificar a assistência com a dor.</p>

Fonte: Autoria própria.

Nesse sentido, a amostragem teórica foi desenvolvida durante o processo de análise dos dados, não sendo delimitada previamente à investigação, visto que esta é guiada pelos dados, conforme avança a compreensão do fenômeno estudado. Ela foi se construindo a partir da combinação de conceitos aliados à sensibilidade da pesquisadora para perceber as lacunas que ainda necessitavam ser consideradas durante o refinamento das categorias iniciais, tornando-as mais densas em termos de propriedades e dimensões.

4.4 Coleta dos Dados

No início da coleta de dados, a sociedade mundial enfrentava a pandemia da Covid-19, que restringiu o acesso de outros profissionais ao ambiente físico da UTIN da maternidade, cenário deste estudo, para minimizar a transmissão do vírus aos RN internados. Nesse contexto, foi necessário fazer alterações no planejamento da coleta de dados.

Após a autorização do estudo, foi realizado contato inicial com a coordenação da UTIN, bem como com as enfermeiras responsáveis técnicas (RT) por telefone para apresentação da pesquisadora, os esclarecimentos iniciais do estudo, os objetivos e a estratégia a ser adotada para coleta de dados. Em seguida, as RT fizeram a divulgação do estudo, por meio de mensagem

enviada nos grupos de WhatsApp da UTIN e aqueles enfermeiros que consentiram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), disponibilizado em formulário *Google docs* e responderam ao formulário de caracterização dos participantes do estudo contemplando dados sociodemográficos (sexo, idade e escolaridade) e ocupacionais (categoria profissional, tempo de trabalho da UTIN e se já receberam treinamento para manejo da dor) (Apêndice B).

O formulário *Google docs* também solicitava ao participante que informasse o e-mail de contato e indicasse o horário e dia, de acordo com a disponibilidade para realização da entrevista individual, que poderia acontecer de forma remota ou presencial, conforme o interesse deste. As entrevistas remotas aconteceram pelo *Google Meet*, plataforma para videoconferência que permite a participação *on-line* no computador ou por meio de aplicativo instalado em dispositivos móveis, bem como a gravação de vídeo e áudio do diálogo entre a pesquisadora e o participante. Estas aconteceram fora do horário de trabalho dos profissionais, e o link de acesso foi disponibilizado com antecedência de 24 horas através de meio eletrônico, a partir dos endereços fornecidos por eles.

Alguns participantes optaram por realizar a coleta de dados de forma presencial. Neste caso, as entrevistas ocorreram em encontros individuais, no horário de trabalho dos profissionais, em local reservado da maternidade, com poucos ruídos e que promoveu tranquilidade para obtenção de dados em detalhes e menor possibilidade de interrupções.

A entrevista na TFD é uma conversação que objetiva explorar em profundidade determinado tema e, a partir dela, faz-se emergir o modo como um participante atribui sentido à própria experiência (TAROZZI, 2011). O método admite a possibilidade da utilização de entrevistas semiestruturadas e preferencialmente as não estruturadas (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Neste estudo, utilizou-se da técnica de entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro com perguntas abertas (Apêndice C), permitindo ao pesquisador explorar os dados emergentes em profundidade. Esse tipo de entrevista se desenvolve como diálogo, no qual o pesquisador lança uma pergunta aberta ao participante, incentivando-o, para que fale sobre as situações consideradas problemáticas e de maior importância para ele (MAGALHÃES *et al.*, 2019).

Nesse processo, o pesquisador se coloca como ouvinte, mas de modo imparcial, evitando expressões verbais ou não verbais que possam influenciar o relato do participante. Deve demonstrar sempre interesse e manter-se atento às informações reveladas por meio das questões norteadoras da entrevista, que podem contribuir com a pesquisa ou que necessitam de aprofundamento (MAGALHÃES *et al.*, 2019).

As entrevistas ocorreram entre setembro de 2021 e maio de 2022 e iniciaram com as seguintes questões norteadoras: o que significa cuidar do recém-nascido com dor na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal? Fale-me como você percebe o cuidado prestado pelos profissionais de saúde ao recém-nascido que manifesta sinais de dor e/ou desconforto na UTI Neonatal; qual seu entendimento acerca das ações de cuidado com a dor do recém-nascido realizadas pelos profissionais que prestam assistência na UTIN?

À medida que o processo de coleta e análise foi avançando, as entrevistas foram se tornando mais estruturadas, com questões direcionadas a responder às hipóteses e aprofundar os conceitos que foram sendo identificados, como pode ser observado no Quadro 4.

Quadro 4 – Questões norteadoras das entrevistas. Teresina, PI, 2022

GRUPO AMOSTRAL	QUESTÕES NORTEADORAS DAS ENTREVISTAS
G1 – Enfermeiros	<ol style="list-style-type: none"> 1. O que significa cuidar do recém-nascido com dor na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal? 2. Fale-me como você percebe o cuidado prestado pelos profissionais de saúde ao recém-nascido que manifesta sinais de dor e/ou desconforto na UTI Neonatal. 3. Qual seu entendimento acerca das ações de cuidado com a dor do recém-nascido realizadas pelos profissionais que prestam assistência na UTIN?
G2 – Técnicos de Enfermagem, fisioterapeutas e médicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como tem sido sua participação no cuidado com a dor do RN? 2. Você acredita que existem barreiras que interferem no cuidado com a dor por parte dos profissionais de saúde? 3. Como você percebe a integração da equipe multiprofissional no cuidado com a dor? 4. Comente ou justifique o fato de que mesmo defendendo a utilização prioritariamente de medidas não farmacológicas, vocês deixam os analgésicos já prescritos (Médicos).
G3 – Enfermeiros responsáveis técnicos da UTIN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fale-me sobre a atuação da coordenação/ RT da UTIN em relação à gestão da educação continuada sobre o cuidado com a dor para os profissionais. 2. O que tem sido feito pelos gestores para atenuar os problemas de gestão que interferem no manejo adequado da dor pelos profissionais de enfermagem? 3. Quais as estratégias vêm sendo trabalhadas para estimular a melhoria da assistência com a dor entre os profissionais? O que tem sido feito para solucionar os fatores apontados como dificultadoras no manejo da dor? 4. Você acredita que a realização de um treinamento específico acerca do manejo com a dor e/ou um POP

GRUPO AMOSTRAL	QUESTÕES NORTEADORAS DAS ENTREVISTAS
	e/ou melhor divulgação do protocolo de cuidado com a dor da instituição trariam melhorias na qualidade do cuidado?

Fonte: Autoria própria.

Depois que as perguntas lançadas pelo investigador foram respondidas, os participantes estiveram livres para adicionar qualquer informação que acreditassem ser relevante para compreensão do fenômeno estudado. Por isso, as entrevistas variaram bastante quanto à dinâmica e duração, tendo a mais longa duração de 40 minutos e 49 segundos, a mais curta 6 minutos e 36 segundos. No total dos grupos amostrais, as entrevistas tiveram duração de 4 horas, 43 minutos e 13 segundos, com média de 17 minutos para cada entrevista, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Participantes, data, duração e meio de realização das entrevistas. Teresina, PI, 2022. (N=17)

Participantes	Data	Duração	Meio
G1E1	02/09/2021	40'49"	Videochamada <i>Google Meet</i>
G1E2	19/09/2021	29'43"	Videochamada <i>Google Meet</i>
G1E3	28/09/2021	23'23"	Entrevista Presencial
G1E4	13/10/2021	33'19"	Entrevista Presencial
G1E5	26/01/2022	17'36"	Entrevista Presencial
G1E6	06/02/2022	22'19"	Entrevista Presencial
G2T1	08/03/2022	10'48"	Entrevista Presencial
G2T2	09/03/2022	10'55"	Entrevista Presencial
G2T3	15/03/2022	09'19"	Entrevista Presencial
G2T4	22/03/2022	06'36"	Entrevista Presencial
G2F1	06/04/2022	7'09"	Entrevista Presencial
G2F2	08/04/2022	8'17"	Entrevista Presencial
G2F3	13/04/2022	10'33"	Entrevista Presencial
G2F4	27/04/2022	07'23"	Entrevista Presencial
G2M1	03/05/2022	09'43"	Entrevista Presencial
G3RT1	17/05/2022	23'42"	Entrevista Presencial
G3RT2	31/05/2022	20'39"	Entrevista Presencial
TOTAL		4 horas, 43 minutos e 13 segundos	

Fonte: Entrevistas.

As entrevistas remotas tiveram áudios e imagens gravados na plataforma *Google Meet* e as presenciais foram gravadas em dispositivo de celular, com a concordância do participante, sendo posteriormente transcritas pela própria pesquisadora, logo após terem sido realizadas, com o auxílio da ferramenta de digitação por voz do *Google docs*. Após a transcrição, realizou-

se comparação minuciosa do texto com a gravação, para certificação da fala dos participantes com o texto transcrito.

Com intuito de garantir o rigor da coleta de dados, optou-se por enviar aos participantes, por meio eletrônico, o conteúdo da entrevista após transcrição, para que eles fizessem a leitura e pudessem validá-las antes de serem submetidas ao processo de codificação, conforme preceitos da TFD. Ao encaminhar o material, solicitou-se que verificassem o conteúdo da entrevista e, se necessário, complementassem as informações, ou solicitassem a exclusão daquelas informações que considerassem desnecessárias. No entanto, este recurso não foi utilizado por nenhum dos participantes, que concordaram com o conteúdo apresentado, sem acréscimos.

Os arquivos resultantes das transcrições das entrevistas foram armazenados em pastas no computador da pesquisadora, sendo identificadas pelo grupo amostral e nomeadas pela palavra entrevista, seguida da ordem numérica que representa a sequência de realização destas, bem como da respectiva categoria profissional ao qual pertenciam (Exemplo: Entrevista 01 – Enfermeiro).

As entrevistas seriam, inicialmente, combinadas com observações de campo para melhor compreensão da realidade investigada e aprofundamento das reflexões, pois a observação consiste em registrar os comportamentos dos participantes no ambiente, na comunidade ou no contexto social no qual este está inserido. No entanto, considerando a situação de pandemia, que culminou com a limitação de profissionais nas dependências da UTIN da maternidade, restringindo o acesso apenas aos profissionais lotados nesse ambiente de cuidados e residentes da neonatologia, não foi possível realizar a etapa de observação de campo.

4.5 Codificação e Análise dos Dados

A coleta e análise dos dados são concomitantes na TFD, o que caracteriza o movimento circular e de comparação constante. A simultaneidade entre coleta e análise permite a elucidação e verificação dos dados, uma vez que os pesquisadores irão apropriar-se do processo de raciocínio indutivo e dedutivo para estabelecer os conceitos imprescindíveis para compreensão do objeto abordado (SILVA *et al.*, 2018).

A análise comparativa permite reduzir dados a conceitos e desenvolvê-los em propriedades e dimensões (CORBIN; STRAUSS, 2015). O movimento circular caracteriza-se pelo ir e vir com os dados, levantamento de questionamentos, além da construção e

desconstrução de hipóteses que serão confirmadas ou não, com o objetivo de chegar à saturação teórica e ao delineamento do modelo teórico, através do processo analítico.

Esta fase da pesquisa foi exaustiva. Demandou muito tempo para ser concluída, uma vez que a análise dos 1.002 códigos preliminares e dos 250 códigos conceituais identificados como analiticamente relevantes para o objeto deste estudo foi realizada manualmente, devido à indisponibilidade na UFPI de um *software* apropriado para codificação, conceituação, organização e categorização dos dados na TFD. Considerando o quantitativo de dados gerados, optou-se por utilizar esquema de cores de códigos e das categorias e subcategorias que estavam sendo direcionados para evitar perda de informações e falhas no processo analítico.

As primeiras tentativas de identificação dos códigos preliminares e agrupamento destes em conceitos provisórios não foi realizada a contento, sendo necessário retomar as leituras do método, em especial do processo analítico da vertente straussiana. Este momento, definido como “voltar para trás” para na sequência “avançar no processo analítico”, foi importante para reforçar as aptidões de sensibilidade teórica, capacidade de utilizar processos dedutivos e indutivos para atribuir conceitos em alto nível de abstração e a criatividade, características essenciais para o pesquisador em TFD.

Vencida essa etapa, deu-se seguimento ao processo de coleta e análise dos dados. A partir da análise do primeiro grupo amostral, percebeu-se que, em decorrência das características dessa fase da vida, do cotidiano da UTIN e das demandas dos RN, o cuidado com a dor constituía-se desafio para a prática em saúde. O significado do cuidado estava relacionado ao fazer e a aspectos subjetivos, como sensibilidade, afeto, amor, atenção para com o RN. No entanto, esta sensibilidade era percebida de forma diferente entre alguns membros da equipe multiprofissional.

Dessa análise, surgiram três hipóteses: o cuidado com a dor é um desafio para a prática em saúde, por ter interface entre o empirismo e o subjetivismo; alguns profissionais demonstram na prática pouca sensibilidade com a problemática da dor, preocupam-se com o fazer, as medidas terapêuticas para atender às necessidades dos RN; acompanhar a recuperação do RN sem repercussões para seu desenvolvimento decorrentes das experiências dolorosas repetidas durante a internação na UTIN, mostra-se importante para o profissional, sendo a certeza de que exerceu o papel corretamente. Essas hipóteses direcionaram a coleta de dados com o segundo grupo amostral, constituído por técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos.

A análise de dados do segundo grupo amostral revelou que a valorização do fazer por parte dos profissionais se mostra como necessidade para atender às demandas de cuidado do

recém-nascido, não apresentando, porém, relação com a sensibilidade do profissional à problemática da dor. Percebeu-se, ainda, que apesar da colaboração de toda a equipe para minimizar o desconforto do RN diante dos procedimentos invasivos, manipulações necessárias, o protagonismo do cuidado está centrado na equipe de enfermagem, aquela que pela maior proximidade junto ao RN consegue visualizar manifestações dolorosas com maior frequência e realizar intervenções para evitar, controlar ou aliviar a dor.

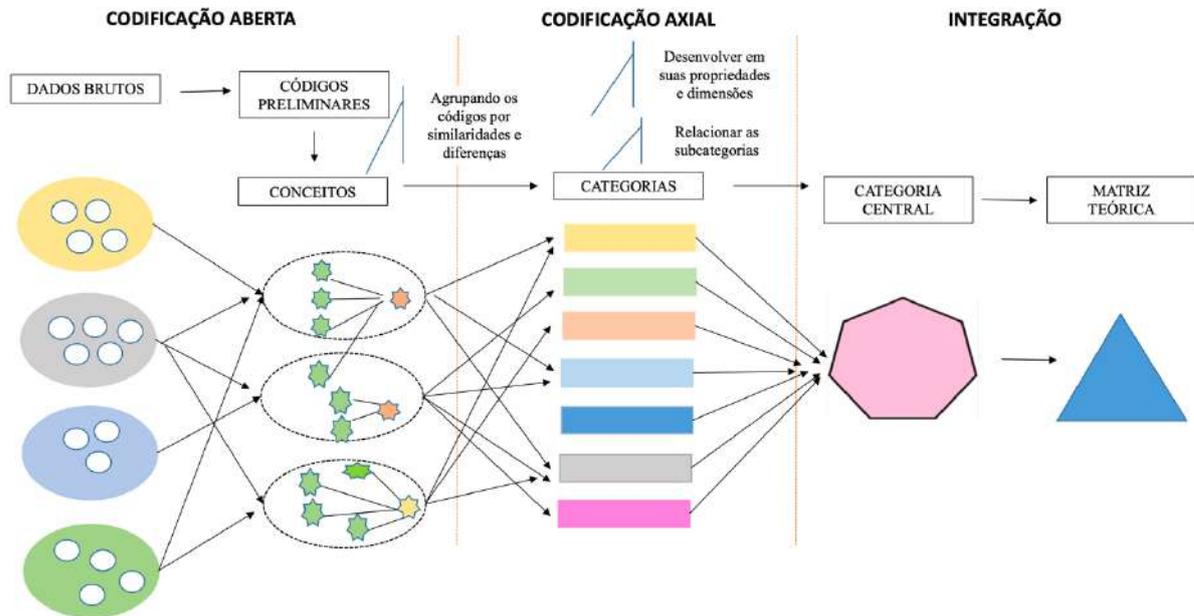
Levantou-se nesse grupo a hipótese de que os problemas de gestão e a falta de capacitação específica para a dor entre os profissionais da UTIN acabam por interferir na qualidade do cuidado. Neste sentido, em razão da necessidade de identificar o que tem sido feito pelos gestores para atenuar os problemas de gestão que interferem no manejo adequado da dor pelos profissionais, bem como as estratégias de educação continuada sobre o cuidado com a dor, a pesquisadora foi direcionada para um terceiro grupo amostral.

A análise dos dados do terceiro grupo amostral ressaltou que os responsáveis técnicos da enfermagem, bem como a coordenação geral da UTIN reconhecem que os problemas de dimensionamento, absenteísmo interferem na qualidade do cuidado, assim como o conhecimento dos profissionais sobre o cuidado com a dor. Para resolver estas questões, tem-se buscado adequar as escalas de serviços e empregar estratégias, como rounds, rodas de conversas e reuniões para discutir esta temática e outras que se fizerem necessárias.

Essas informações consolidaram e confirmaram os principais achados que estavam em análise. Assim, com 17 entrevistas e três grupos amostrais, atingiu-se a saturação teórica. Neste ponto, decidiu-se pelo encerramento das entrevistas, uma vez que no processo de coleta e na análise de dados, os códigos preliminares e conceitos não mais promoveram modificações nas categorias existentes ou não geraram novas categorias ou subcategorias.

O processo de análise comparativa foi estruturado em três etapas: codificação aberta, axial e integração, conforme representado na Figura 3.

Figura 3 – Representação do processo analítico seguido para elaboração da matriz teórica nesta tese



Fonte: elaborado a partir de Corbin & Strauss (2015).

Na primeira etapa da análise, denominada codificação aberta, realizou-se, inicialmente, leitura flutuante para destacar as ideias principais dos informantes. Em seguida, analisaram-se os dados brutos, linha a linha, para identificação dos códigos preliminares, aos quais foram atribuídas frases/expressões, com a finalidade de delimitar e visualizar os dados que estavam emergindo.

Os códigos foram escritos procurando preservar as palavras dos participantes (Quadro 5) e, para tal, foram utilizados verbos no gerúndio para elaboração das frases/expressões, pois entende-se que isso lembra movimento, processo circular, algo em construção e, ainda, é possível de alteração, como prevê a metodologia (MAIRINK; GRADIM; PANOBIANCO, 2021). Para organizá-los, estes foram identificados por ordem numérica, segundo a sequência das entrevistas e determinação dos códigos preliminares, portanto, quando colocada no código a identificação 1.2, significa tratar-se da entrevista 1 e código número 2 (Quadro 5).

Quadro 5 – Exemplo de codificação aberta na identificação dos códigos preliminares. Teresina, PI, 2022

Conteúdo da Entrevista 6	Códigos Preliminares
[...] trabalhar com neonato é um desafio maior ainda porque tudo neles é bem	6.9 Expressando que cuidar do neonato é um desafio.

Conteúdo da Entrevista 6	Códigos Preliminares
meticuloso, tudo neles tem que ser um cuidado maior do que o cuidado que a gente tem com o adulto. Então qualquer descuido meu, qualquer procedimento realizado de forma bruta sem se preocupar com a dor que eu estou causando para ele, pode trazer um transtorno bem exacerbado [...] um banho que eu vou dar naquele bebê, se eu não tiver o cuidado eu posso exacerbar uma dor tão grande que todo aquele trabalho que eu tive pra chegar com ele sem O ₂ eu posso levar por água abaixo e retornar tudo novamente. Voltar para o ponto de partida. Então, eu acho que é um desafio grande trabalhar com dor no neonato.	6.10 Destacando que o cuidado no RN é mais meticuloso. 6.11 Tendo cuidado maior no RN do que com o adulto. 6.12 Ressaltando que a desatenção ou descuido do profissional que cuida do RN pode causar transtorno a ele. 6.13 Relatando que o banho feito de forma inadequado pode ocasionar dor. 6.14 Destacando que o cuidado inadequado pode fazer tudo ir por água abaixo. 6.15 Retornando tudo novamente. 6.16 Voltando para o ponto de partida. 6.17 Destacando o grande desafio do cuidado com a dor do neonato.

Fonte: Autoria própria.

Além disso, verificaram-se as similaridades e diferenças entre os dados codificados e, em seguida, alguns conceitos denominados como provisórios foram sendo delineados, como apresentado no Quadro 6. Para identificação dos conceitos, optou-se por utilizar a menção ao grupo amostral, seguido da categoria profissional e da sequência da entrevista naquele grupo de profissionais. O código identificado como G1E6 refere-se ao Grupo Amostral 1 (G1), entrevista com a Enfermeira 6 (E6).

Quadro 6 – Exemplo de agrupamento de códigos e atribuição de conceitos. Teresina, PI, 2022.

Agrupando os códigos	Conceitos provisórios
6.1 Destacando o desafio de cuidado do RN com dor. 6.8 Referindo o cuidado com a dor como difícil. 6.9 Expressando que o cuidar do neonato é um desafio. 6.17 Destacando o grande desafio do cuidado com a dor do neonato.	G1E6 - Destacando o desafio do cuidado com a dor no RN, devido às particularidades dessa fase da vida.
6.18 Aplicando a Escala NIPS. 6.26 Relatando que a aplicação da Escala NIPS é feita pelos técnicos e enfermeiros. 6.27 Aplicando a escala NIPS no horário de avaliação dos SSVV	G1E6 - Aplicando a Escala NIPS para a mensurar a dor no RN.
6.2 Ressaltando que o RN não expressa verbalmente a dor. 6.56 Referindo que o RN não consegue expressar sua dor.	G1E6 - Relatando a incapacidade do RN expressar a dor.

Fonte: Autoria própria.

O segundo passo da análise foi a codificação axial, em que se iniciou o processo de reagrupamento por similaridade dos dados fragmentados durante a codificação aberta. Nesta etapa, os conceitos provisórios foram sendo desenvolvidos em propriedades e dimensões e iniciou-se a tentativa de identificação das primeiras categorias e subcategorias, permitindo, assim, visualizar melhor os fatos e refletir sobre os dados que emergiram da pesquisa (Quadro 7).

Quadro 7 – Exemplo de identificação de categoria e subcategoria do estudo. Teresina, PI, 2022

Categorias	Subcategorias	Conceitos
C4 - Decodificando a linguagem do RN para identificar a experiência dolorosa	C4S1 – Observando as respostas do RN	G1E1 - Identificando sinais de dor no RN que apresenta dificuldade em expressar seu desconforto.
		G2T3 - Destacando os sinais manifestados pelo RN na presença de dor.
		G2F4 - Observando as alterações comportamentais do RN na presença de dor.

Fonte: Autoria própria.

A construção das categorias foi orientada pelo modelo paradigmático, que direciona o pesquisador na identificação das relações entre as categorias. Ao empregar esta ferramenta analítica, o investigador localiza e liga ação-interação em uma estrutura de subconceitos que lhes dão significado e permitem explicar quais interações estavam ocorrendo e porque, e quais são as consequências reais ou previstas que acontecem por causa de uma ação-interação (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Deste modo, os fenômenos do paradigma são analisados e organizados com o auxílio de uma matriz condicional/consequência, estabelecendo conexões entre as condições existentes em determinada situação e as consequências resultantes das ações/interações e apresentados em três grandes categorias: condições, ações-interações e consequências. Frente ao exposto, essa ferramenta de análise tornou-se importante para afastar o pensamento da pesquisadora dos confinamentos da literatura técnica e da experiência pessoal, e, assim, permitiu enxergar além do que os códigos revelavam, facilitando a explicação do fenômeno.

Durante o processo de codificação, registraram-se, na forma de memorandos, algumas anotações para facilitar a compreensão do processo de pesquisa e do fenômeno estudado. Os memorandos continham comentários e descrições das impressões que foram observadas durante o encontro, bem como reflexões que possibilitaram identificar as categorias teóricas,

propriedades e dimensões, e como elas se relacionavam umas com as outras. Em suma, como sugere Metelsky *et al.* (2021), esses memorandos continham a compreensão do pesquisador sobre a análise, bem como as descrições mais abstratas e conceituais de cada categoria. No Quadro 8, exemplifica-se um trecho de memorando escrito ao longo da coleta e análise de dados.

Quadro 8 – Apresentando memorando escrito durante o processo de coleta e análise de dados. Teresina, PI, 2022

MEMORANDO 07	Data: 09/05/2022 21h30min
<p>O protagonismo do manejo da dor na UTIN é exercido pela equipe de enfermagem que na sua rotina acaba com maior frequência realizando medidas não farmacológicas, ambientais e de conforto para minimizar a dor do RN. A prática de deixar a medicação prescrita é associada à facilidade para o profissional e a condição causal da dor no RN que, muitas vezes, requer resultado mais urgente, com desfecho mais rápido. Isso justifica, também, a realização de procedimentos dolorosos sem analgesia, pois a preocupação naquele momento se volta para restabelecer as funções vitais do RN, não tendo, porém, relação com a sensibilidade do profissional em relação à dor.</p> <p>O modelo de atenção à saúde praticado pelos médicos (biomédico) tem como características ações curativas e individuais, visando promover o alívio da dor de intensidade moderada a grave, que não respondem ao uso de medidas não farmacológicas. Como a prescrição médica é uma prática privativa do médico, pode parecer que estes valorizam a utilização das medidas farmacológicas, no entanto, incentivam, em primeiro lugar, a realização de medidas não farmacológicas e as farmacológicas apenas serão realizadas em situações mais específicas, como o pós-operatório em que já é esperada a ocorrência de dor de grave intensidade.</p> <p>Ao referirem o desconhecimento de alguns profissionais quanto ao protocolo de dor, reforçam ainda mais a necessidade de educação em saúde, visando divulgação deste e orientando quanto à prática de cuidado com a dor.</p> <p>Algumas dimensões ainda não estão prontamente esclarecidas: atuação da coordenação/ RT da UTIN em relação à gestão da educação continuada sobre o cuidado com a dor para os profissionais da UTIN. Então, ainda, permanecem como questionamentos: o que tem sido feito pelos gestores para atenuar os problemas de gestão que interferem no manejo adequado da dor pelos profissionais de enfermagem?</p>	

Fonte: Autoria própria.

Nesse processo em que os dados foram sendo coletados, analisados e comparados simultânea e sucessivamente, os códigos também foram sendo reagrupados e o número de categorias e subcategorias foi modificando-se, até que estas estivessem bem densas, com informações suficientes e ligações entre elas, possibilitando, assim, a realização da terceira etapa da análise de dados: a integração.

A integração cresce lentamente ao longo da pesquisa e ocorre após todas as categorias estarem saturadas e o pesquisador estar pronto para terminar o processo de pesquisa (CORBIN; STRAUSS 2015). Nesta última etapa, ocorreu o refinamento das categorias, que foram

organizadas em torno de uma categoria central, que representa um elo entre as demais categorias e que revela a vivência dos participantes em relação ao fenômeno do estudo (Quadro 9). Neste estudo, a categoria denominada como central foi: Redefinindo o cuidado ao RN submetido a procedimentos que ocasionam dor e/ou desconforto no contexto da UTIN.

Quadro 9 – Exemplo da etapa de integração. Teresina, PI, 2022

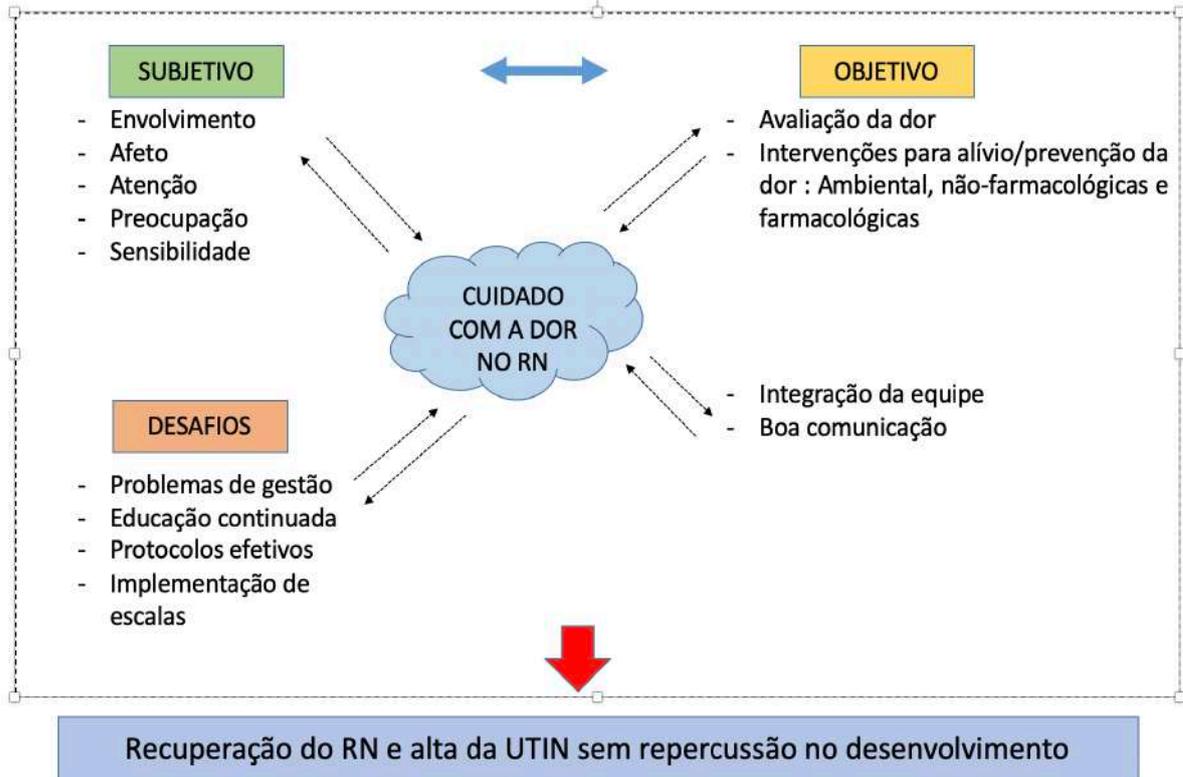
Componentes	Categorias	Subcategorias
<p>Condição – por que, quando e como o fenômeno acontece</p>	<p>C1- Refletindo sobre a rotina de cuidados, visando tomada de decisão e manejo da dor</p>	<p>C1S1 - Apontando procedimentos que ocasionam dor e/ou desconforto ao RN C1S2 - Minimizando iatrogenias e sequelas biopsicofisiológicas ao RN</p>
	<p>C2 - Apontando as fragilidades do processo de cuidar</p>	<p>C2S1 - Subjugando a dor neonatal C2S2 - Apontando dificuldades na identificação da dor C2S3 - Apresentando dificuldade na aplicação da escala NIPS C2S4 - Referenciando a escassez de educação permanente C2S5 - Valorizando medidas farmacológicas C2S6 - Revelando problemas no dimensionamento de pessoal C2S7 - Realizando demandas procedimentais no automático</p>
	<p>C3 - Desvelando a dimensão subjetiva do cuidado com a dor neonatal</p>	<p>C3S1- Destacando a sensibilidade dos profissionais C3S2 - Demonstrando o componente afetivo dos profissionais com o RN</p>
<p>Ação-interação – Respostas aos eventos ou situações e como se movimentam por meio de um significado</p>	<p>C4 - Decodificando a linguagem do RN para identificar a experiência dolorosa</p>	<p>C4S1 - Observando as respostas do RN C4S2 - Mensurando a dor através de uma escala</p>
	<p>C5 - Modelando o modo de agir dos profissionais diante da dor</p>	<p>C5S1 - Instituinto medidas não farmacológicas</p>

Componentes	Categorias	Subcategorias
		C5S2 - Empregando medidas farmacológicas mediante autorização médica C5S3 - Minimizando estímulos nocivos no ambiente da UTIN
	C6 - Desenvolvendo a colaboração interprofissional	C6S1 - Trabalhando em conjunto C6S2 - Dialogando com os profissionais da equipe
	C7 - Percebendo o protagonismo da enfermagem no cuidado com a dor neonatal	
Consequências – Desfechos e resultados previstos e reais	C8 - Deliberando novas práticas para o gerenciamento da dor	C8S1- Revisando protocolo C8S2 - Implementando nova escala para avaliação da dor C8S3 - Incluindo os pais/família no cuidado C8S4- Realizando procedimentos em posição canguru
	C9 - Destacando a educação permanente como ferramenta potencializadora do cuidado	C9S1 - Realizando rodas de conversas e reuniões C9S2 - Programando simulações realísticas C9S3 - Sensibilizando sobre o MC C9S4 - Discutindo sobre o manejo da dor
CATEGORIA CENTRAL		
Redefinindo o cuidado ao RN submetido a procedimentos que ocasionam dor e/ou desconforto no contexto da UTIN		

Fonte: Autoria própria.

Além dos memorandos citados, no curso deste estudo, utilizou-se, também, dos diagramas como recurso analítico. Estes foram sendo elaborados à medida que as entrevistas foram sendo realizadas (Figura 4) e, posteriormente, foram aperfeiçoados, para mostrar a profundidade e complexidade do pensamento, refletindo a evolução teórica, até se chegar ao diagrama final representativo da matriz teórica, cujo protótipo está apresentado na Figura 5.

Figura 4 - Diagrama elaborado após a conclusão das entrevistas do primeiro grupo amostral



Fonte: Autoria própria.

Figura 5 – Protótipo do diagrama final representativo da matriz teórica deste estudo



Fonte: Autoria própria.

No que diz respeito à validação da matriz teórica, esta não é uma etapa obrigatória para estudos que utilizam a TFD como referencial metodológico, no entanto, é recomendado que seja realizada por expertises na área do estudo e/ou pessoa que vivencia o fenômeno. Assim,

almeja-se como próximo passo a contribuição de especialistas e dos profissionais de saúde que prestam assistência na UTIN, cenário do estudo, para julgar a aplicabilidade da matriz ao fenômeno estudado, utilizando como critérios: ajuste, compreensão generalização e controle. A realização da validação terá o intuito de averiguar se os conceitos, as categorias e a relação com os dados, além de determinar o quanto a matriz elaborada se ajusta à realidade por eles experienciada.

4.6 Aspectos Éticos do Estudo

Para realização da pesquisa, consideraram-se os aspectos éticos da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que dispõem sobre as normas regulamentadoras e diretrizes de pesquisas que envolvem seres humanos, bem como da Resolução 510/2016 deste mesmo Conselho que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2016).

Como previsto pelas resoluções, os dados somente foram coletados após autorização da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da Maternidade de Referência Estadual (Anexo A) e, posteriormente, do CEP da UFPI, conforme parecer 4.630.289, CAAE - 43399221.5.0000.5214 (Anexo B). Segundo as resoluções citadas, os participantes foram previamente esclarecidos acerca da natureza da pesquisa, dos objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e das estratégias de enfrentamento para os incômodos que a pesquisa pudesse lhes acarretar e aqueles que consentiram participar do estudo, assinaram o TCLE disponibilizado em formulário do *Google docs* ou impresso em duas vias.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização dos Participantes do Estudo

Os profissionais da UTIN participantes deste estudo foram, em maioria, enfermeiros (oito), seguidos, respectivamente, de técnicos de enfermagem (quatro) e fisioterapeutas (quatro). Predominou profissionais do sexo feminino (16), na faixa etária de 31 a 40 anos (sete). Dois profissionais encontravam-se na faixa etária de 51 a 60 anos e nenhum na faixa etária de 60 ou mais (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica e ocupacional da amostra de participantes. Teresina, PI, 2022. (N=17)

Variáveis sociodemográficas			Variáveis Ocupacionais		
		N			N
Sexo	Masculino	1	Categoria Profissional	Técnico	4
	Feminino	16		Enfermagem	8
Idade (anos)	18 – 30	3		Enfermeiro	4
	31 – 40	7		Fisioterapeuta	1
	41- 50	5	Tempo de trabalho UTIN	Médico	7
	51 – 60	2		1 – 3	4
	≥ 61	0		4 -6	0
Escolaridade	Ensino médio	1	7- 9	6	
	Superior Completo	2	≥10	7	
	Superior Incompleto	1	Curso de dor	Sim	10
	Especialização	12		Não	7
	Mestrado	1			

Fonte: Dados da pesquisa.

No que se refere à escolaridade, a maioria dos profissionais informaram ser especialistas. Um profissional concluiu o ensino médio completo e um referiu ter concluído o mestrado acadêmico. Quanto ao tempo de trabalho da UTIN, sete profissionais relataram trabalhar no setor entre um e três anos, seguido de seis profissionais com mais de dez anos de experiência. A média do tempo de trabalho na UTIN foi de 6,4 anos, sendo o maior tempo de serviço no setor de 16 anos e o menor de um ano e seis meses. Em relação à participação deles em treinamento sobre cuidado com a dor no RN, a maioria referiu não ter recebido esse tipo de treinamento (dez).

5.2 Revelando as Categorias e Subcategorias

A realização deste estudo, utilizando-se do referencial da TFD, possibilitou emergir as vivências, as percepções e os sentimentos de profissionais de saúde, acerca do cuidado com a dor de RN na UTIN. Os significados atribuídos por estes profissionais fizeram emergir o fenômeno central: Redefinindo o cuidado ao RN submetido a procedimentos que ocasionam dor e/ou desconforto no contexto da UTIN, ao qual estão relacionadas nove categorias e 26 subcategorias organizadas e apresentadas segundo os preceitos do modelo paradigmático, como pode ser observado no Quadro 10.

Quadro 10 – Categorias e subcategorias do estudo. Teresina, PI, 2022

FENÔMENOS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
REVELANDO AS CONDIÇÕES QUE INTERFEREM NO GERENCIAMENTO EFICAZ DA DOR	REFLETINDO SOBRE A ROTINA DE CUIDADOS, VISANDO A TOMADA DE DECISÃO E MANEJO DA DOR	Apontando situações e procedimentos que ocasionam dor e/ou desconforto no RN
		Minimizando as Minimizando iatrogenias e sequelas biopsicofisiológicas ao RN
	DESVELANDO A DIMENSÃO SUBJETIVA DO CUIDADO COM A DOR NEONATAL	Destacando a sensibilidade dos profissionais
		Demonstrando o componente afetivo dos profissionais com o RN
	RECONHECENDO AS FRAGILIDADES DO PROCESSO DE CUIDAR	Subjugando a dor neonatal
		Apontando dificuldades da identificação da dor
		Apresentando dificuldade na aplicação da escala NIPS
		Referenciando a escassez de educação continuada

FENÔMENOS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	
		Valorizando medidas farmacológicas Revelando problemas no dimensionamento de pessoal Realizando demandas procedimentais no automático	
BUSCANDO FORMAS DE ATENDER ÀS DEMANDAS DE CUIDADO COM A DOR	DECODIFICANDO A LINGUAGEM DO RN PARA IDENTIFICAR A EXPERIÊNCIA DOLOROSA	Observando as respostas do RN Mensurando a dor através de uma escala	
	MODELANDO O MODO DE AGIR DOS PROFISSIONAIS DIANTE DA DOR	Instituinto medidas não farmacológicas Empregando medidas farmacológicas mediante autorização médica Minimizando estímulos nocivos no ambiente da UTIN	
	DESENVOLVENDO A COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL	Trabalhando em conjunto Dialogando com os profissionais da equipe	
	PERCEBENDO O PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM NO CUIDADO COM A DOR NEONATAL		
	QUALIFICANDO ESTRATÉGIAS DE CUIDADO JUNTO AO RN COM DOR	DELIBERANDO NOVAS PRÁTICAS PARA O GERENCIAMENTO DA DOR	Revisando o protocolo
			Implementando nova escala para avaliação da dor
Incluindo os pais/família no cuidado			

FENÔMENOS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
	DESTACANDO A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FERRAMENTA POTENCIALIZADORA DO CUIDADO	Realizando procedimentos em posição canguru
		Realizando rodas de conversa e reuniões
		Programando simulações realísticas
		Sensibilizando sobre o MC
		Discutindo sobre o manejo da dor

Fonte: Autoria própria.

5.2.1 REVELANDO AS CONDIÇÕES QUE INTERFEREM NO GERENCIAMENTO EFICAZ DA DOR

Este fenômeno representa os aspectos objetivos e subjetivos do cuidado com a dor relacionados, principalmente, à identificação dos procedimentos realizados no cotidiano da UTIN que ocasionam dor ou desconforto no RN, a importância de minimizar a ocorrência desses agravos, uma vez que estes podem trazer consequências para o desenvolvimento do RN, principalmente aos prematuros extremos, cujos SNC ainda se encontra em desenvolvimento. São destacados, ainda, a subjetividade envolvida no cuidado, assim como as condições vivenciadas pelos profissionais que acabam por influenciar no adequado gerenciamento da dor na UTIN.

A categoria **REFLETINDO SOBRE A ROTINA DE CUIDADOS, VISANDO A TOMADA DE DECISÃO E MANEJO DA DOR** apresenta reflexão sobre a realização de forma rotineira de procedimentos invasivos e potencialmente dolorosos nos RN admitidos na UTIN. Ademais, estes neonatos também estão expostos ao risco de estresse associado a algumas práticas e procedimentos repetidos.

Desse modo, percebe-se que o ambiente da UTIN é estressante e superestimulante, bem diferente do ambiente intrauterino que é silencioso, escuro e aconchegante. Assim, quando o RN nasce prematuramente ou a termo, mas apresenta alguma patologia ou intercorrência que culmina com a necessidade de internação nesse ambiente de cuidados, ele se depara com um local com diversos ruídos produzidos por ventiladores, alarmes de monitores e bombas de infusão, aspiradores de secreção, telefone, diálogos estabelecidos entre profissionais ou entre

estes e os familiares do RN, circulação de profissionais, luminosidade excessiva, que podem comprometer o bem-estar do bebê e prejudicar o desenvolvimento dele e que são destacados na subcategoria **Apontando situações e procedimentos que ocasionam dor e/ou desconforto ao RN.**

A movimentação gera dor. O barulho dentro da UTI que é muito, às vezes, a gente até se estressa e a gente pensa: meu Deus, será que estão no quintal de casa? Aquele falar alto, aquela pessoa que tem aquela fala exacerbada, alta, isso gera estresse também. Você ver a retração [...] tudo nele, quando tem aquele barulho exacerbado dentro da UTI. (G1E6)

Na verdade, na nossa UTI, não era para ter este barulho, mas você ver que tem muito barulho e isso irrita bastante o bebê. (G2T1)

[...] o monitor ele faz muito barulho, a luz. Isso tudo influencia no cuidado com o RN. (G2T4)

Os procedimentos realizados durante a internação na UTIN destacados pelos profissionais contemplam as coletas de sangue repetidas para realização de exames laboratoriais, glicemia capilar, aspiração, punções venosas e arteriais para inserção de cateteres vasculares, ventilação mecânica, sondagem orogástrica, curativos, troca da fixação dos dispositivos invasivos, como mencionados pelos depoentes:

Na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, tem um recém-nascido pré-termo e eles são expostos a procedimentos invasivos constantemente, diariamente. No dia e na noite, eles estão sendo expostos a esses procedimentos. Então, o recém-nascido com dor é uma realidade que a gente tem na UTI [...] E, durante o dia, também, eles passam o dia fazendo exames, coletas, passagem de sonda, às vezes, intuba, extuba. É muito procedimento durante o dia. (G1E2)

As punções, várias coletas de exame. Às vezes, eu até questiono por que um dia você coleta aqui e amanhã você já pede outra coleta, que poderia juntar e fazer tudo no mesmo dia. Toda hora está manuseando o bebê, principalmente naquela hora que ele está tirando o soninho dele, também já incomoda bastante ele. Essa questão de aspiração quando está intubado, de manusear demais, mas principalmente as punções. (G1E4)

[...] quando a gente vai ou trocar sonda, porque tem o hidrocoloide da fixação, quando se vai coletar sangue, sempre a gente tem o cuidado de ter a glicose para dar antes para ele diminuir essa dor. (G1E3)

Tem bebezinho que está com acesso e perde. E quando a gente chega lá, está com a mãozinha toda inchada e na hora que você toca, ele começa a chorar. (G1E5)

[...] tem bebês que tem dispositivos e os dispositivos de acesso, tubo, então, durante o manuseio pode prejudicar eles ou até mesmo ter dor. (G1E5)

[...] os bebês eles eram furados muito mais, que é um processo doloroso para o bebê, tem as coletas [...] e acesso. (G2T2)

[...] uma punção de acesso tem que ser feita quatro vezes e, às vezes, a gente ver tentando muito mais que isso. Eu já vi criança parando por hipovolemia, na tentativa de pegar um acesso. (G2F3)

A aspiração traqueal e oral são procedimentos rotineiros e realizados de maneira subsequente na UTIN entre os RN com necessidade de auxílio ventilatório e que ocasionam, respectivamente, dor e estresse:

[...] ele vai fazer um atendimento no bebê, vai aspirar um TOT, que é um procedimento desconfortável. (G1E1)

Por exemplo, você vai aspirar um paciente que é um procedimento invasivo, doloroso [...] (G2F1)

A aspiração traqueal, a aspiração de vias aéreas superiores é muito, muito doloroso. Eu acho que são os únicos procedimentos que a gente faz doloroso, pois as técnicas de fisioterapia já são comprovadas de que não causam dor. Elas podem causar estresse porque você está manuseando, mas dor não. Agora, a aspiração causa dor. (G2F3)

Com certeza, a coleta de exames e a aspiração são todos procedimentos que causam bastante dor. (G2F4)

A movimentação do RN na incubadora, seja para realizar algum procedimento invasivo ou mesmo para a troca de fraldas ou lençóis, pode causar desconforto, principalmente no RNPT que são ainda mais sensíveis. Os profissionais, em alguns momentos, não realizam os cuidados agrupados, sendo este feito de forma individual, o que acaba também por irritar o RN ou ocasionar dor, como pode ser observado nos discursos que seguem:

Às vezes, até a movimentação do RN, você encosta a incubadora, levanta o paninho que cobre a incubadora e você já vê uma retração por parte dele. [...] é como eu te disse, por que até a troca de fraldas, se ela não for feita de forma adequada, ela vai gerar dor. (G1E5)

Eu vou manusear o bebê, daqui a pouco o médico vai manusear, daqui a pouco o fisioterapeuta vai manusear, depois o técnico vai manusear. Se aquele bebê é prematuro extremo, aquilo vai aumentar a dor do bebê. (G3RT2)

Destaca-se, também, que se o tubo orotraqueal não estiver posicionado de forma adequada, pode ocasionar dor, se tracionado durante a manipulação do RN. A inserção do tubo orotraqueal, a retirada dele, bem como o procedimento de toracostomia para inserção de dreno torácico nos casos de pneumotórax, hemotórax são listados também como causadores de dor.

O ato cirúrgico em si ocasiona dor no pós-operatório. Ademais, diversos dispositivos são mantidos no RN para monitoração ou evitar complicações cirúrgicas, como os drenos, que quando manipulados pelos profissionais, seja para avaliação ou troca de curativos, ocasiona dor ou desconforto como descrito nas falas:

Se o tubo estiver tracionado, pressionando aqui o lábio superior, já puxa e já dói. Tudo, principalmente de dispositivo, que está implantado, se ele não tiver adequado, ele causa dor, principalmente acesso. (G2M1)

Cuidar do RN com dor é uma prática constante. Eles são submetidos a procedimentos dolorosos diariamente, como punções, e até mesmo pelo RN está entubado ou sob uma ventilação não invasiva como a VNI é um processo doloroso. Também, existem muitos RN cirúrgicos, com dreno torácico e esses RN são expostos à dor diariamente. (G2T2)

E, aí, a gente tem, às vezes, a troca do tubo por obstrução, tem umas intubações difíceis, tem que fazer um fentanil ou midazolam, mas já tem a critério. (G3RT1)

[...] oh, já tem prescrito a critério porque é um bebê que tem possibilidade de sentir dor, bebês com dreno torácico, pós-operatórios. (G3RT1)

Ainda que essas intervenções realizadas durante a internação na UTIN sejam indispensáveis para manutenção da saúde e do bem-estar dos RN, estratégias devem ser adotadas, a fim de garantir manejo adequado da dor, evitando, assim, consequências negativas no desenvolvimento desta criança, como abordado na subcategoria **Minimizando aiatrogenias e sequelas biopsicofisiológicas ao RN**.

Entende-se que a dor no período neonatal tem característica que merece destaque, uma vez que se não tratada adequadamente, pode acarretar consequências e/ou sequelas ao RN. Os reflexos no desenvolvimento desse indivíduo são manifestados por repercussões importantes a longo prazo, deixando marcas orgânicas, comportamentais e emocionais, como verbalizado pelos participantes da investigação:

O significado do cuidar é algo que vai fazer diferença na vida desse bebê, por que a gente sabe que a dor neonatal reflete na vida adulta dessa criança, isso pensando a longo prazo, mas no dia a dia, a gente entende que esse cuidado com a dor do RN também faz a diferença na evolução clínica do bebê, no tratamento do bebê, em todo o desenrolar do cuidado dele [...]então, esse olhar, esse cuidado com a dor do RN faz muita diferença na vida, no tratamento dele. (G1E1)

E essa dor, se não controlada ou medicada, ela pode dificultar o desenvolvimento do bebê a longo prazo, junto com as outras questões da prematuridade. (G1E2)

Os estímulos dolorosos agudos desencadeiam no RN alterações fisiológicas, comportamentais, além de alterações imunológicas e hormonais. As catecolaminas são liberadas na corrente sanguínea do RN, em resposta ao estresse ocasionado pelos procedimentos dolorosos ou pelas situações estressoras que ele vivencia no ambiente da UTIN. Além destas, as situações de estresse que o RN pode vivenciar, durante a permanência prolongada na UTIN, pode ocasionar o aumento da produção do cortisol e levar a alterações na homeostase do organismo e consequente interferência no prognóstico desse bebê, como expresso pelo depoente abaixo:

[...] porque o bebê com dor reflete em muita coisa. A primeira é o aumento de catecolaminas, de cortisol, então, isso já prejudica muito o prognóstico, o desenrolar dos dias do bebê na UTI. (G2F2)

Considerando as consequências que o estímulo doloroso repetido ou não tratado pode trazer para o RN, os profissionais da UTIN reconhecem as situações e/ou procedimentos geradores de dor e se mostram preocupados em identificar manifestações dolorosas e realizar abordagem preventiva sempre que a dor for prevista.

Essa preocupação está relacionada à percepção dos profissionais de que o tratamento adequado da dor neonatal traz menores implicações no desenvolvimento do RN e consequente redução da mortalidade neonatal. A dor é vista como algo evitável, devendo os profissionais trabalhar nesta perspectiva, para que ela não se torne agravante para a saúde do RN, como a prematuridade, a presença de doenças crônicas ou malformações, conforme evidenciam as falas a seguir:

[..] a gente vê e, aí, a gente já tem esse cuidado ou de perceber que o bebê está tendo algum sinal de dor, ou de antes de fazer algum procedimento de evitar a questão dolorosa do bebê. (G1E2)

E, aí, a gente vê a questão da dor e a gente procura realmente amenizar para ser menos um agravante. Porque a questão dos vários dias que eles passam aqui internados, meses, às vezes, tem a questão de ter uma doença crônica, de ser um pós-operatório. [...] então, já são vários agravantes, então, a gente ter mais um que a gente pode evitar, que pode ser evitado [...] é importante que o profissional tenha esse cuidado de evitar a dor. Para melhorar a questão da estadia dele aqui na UTI, melhorar, talvez, até quem sabe a forma como esse bebê vai sair daqui, os traumas que ele vai levar daqui. (G1E4)

[..] pois a gente sabe que um RN pode ter vários problemas por manuseio, por barulho, por luminosidade, por tudo. Então, se você tem aquele cuidado de oferecer o que vai fazer bem para ele, então, com certeza, no futuro, ele vai ter muitas coisas que foram revestidas só por causa desse cuidado. (G1E3)

Então, algo diferente é você não ser apenas um profissional só técnico, é você olhar aquele ser em construção, é você entender que esse ser é algo bem delicado, sensível, que tem suas particularidades, que se você não perceber,

não for delicado, sensível, você vai trazer traumas, você vai machucar o bebê, você vai lesar o bebê, você vai até de repente complicar o quadro do bebê com essa falta de atenção, essa falta de sensibilidade, de um cuidado mais assertivo. (G1E1)

Em **DESVELANDO A DIMENSÃO SUBJETIVA DO CUIDADO COM A DOR NEONATAL**, os dados mostram que o cuidado com o RN na UTIN envolve atos que vão além da habilidade técnica de cada categoria profissional, envolve aspectos subjetivos que são manifestados individualmente, de acordo com os sentimentos e as emoções do cuidador.

O cuidado envolve afeto, carinho, atenção e sentimentos, que são demonstrados pelos profissionais quando ele cuida do RN. Na subcategoria **Destacando a sensibilidade dos profissionais**, a fala de um enfermeiro revelou a necessidade de um olhar mais delicado, e mais atento à comunicação não verbal e à linguagem corporal do RN, pois eles podem ser indicativas de dor.

[...] também, essa questão desse sentimento, dessa sensibilidade, desse como é que eu posso dizer...desse olhar mais delicado, para ser que não fala, que não sabe se expressar ainda. Então, realmente para você ter esse olhar da dor do RN, você precisa, sem sombra de dúvida, ser um ser humano bem sensível, bem atento e, sobretudo, a questão de amor envolvido na profissão em relação ao cuidado desse RN. (G1E1)

Uma característica identificada nas falas dos profissionais como importante no cuidar do RN está relacionada com a questão da sensibilidade. No geral, toda a equipe que trabalha na UTIN mostra-se sensível à problemática da dor, preocupada com as repercussões no desenvolvimento do RN e disposta a realizar medidas terapêuticas para minimizar o desconforto deste. No entanto, a equipe de enfermagem se considera como a mais sensível dentre os profissionais, como pode ser observado nos relatos que seguem:

Olha, eu posso falar em relação ao setor que eu trabalho, que eu convivo. e assim... na equipe como um todo, a gente percebe uma certa sensibilidade. (G1E1)

A gente percebe que tem um grupo mais sensível, tipo, eu percebo alguns técnicos, alguns enfermeiros mais sensíveis, a ponto de pegar o bebê e colocar no colo, ficar ali aconchegando o bebê. (G1E1)

O fato da internação desses bebês ser geralmente prolongada é apontado como o motivo que faz com que os profissionais se aproximem mais daquelas crianças e desenvolva relação de apego e envolvimento. Ao longo desse tempo, demonstram atenção pelo estado de saúde deles,

preocupação com a dor e zelo. Os profissionais procuram cuidar daquele RN como se fosse um filho deles, com toda atenção, carinho e preocupação necessários, como percebido nos seguintes trechos:

[...] envolve sensibilidade...eles passam muito tempo lá internado na UTIN e a gente acaba dando uma atenção individualizada para cada bebê, se apegando. (G1E2)

Então, a gente percebe que ele necessita desse cuidado, dessa atenção, dessa preocupação, por saber que ele está ali naquele ambiente, naquela incubadora sozinho sem a mãe, às vezes, a mãe não é tão presente ou, às vezes, a mãe vai para UTI. Então, ele se encontra ali solitário naquela incubadora, mas não é a mesma coisa de quando ele estava na barriguinha da mamãe. Então, por isso, que tem esta preocupação de está olhando, cuidando, de ter um olhar redobrado para essa dor do recém-nascido. (G1E4)

Cuidado do recém-nascido com dor é assim [...] eu me envolvo muito com o cuidado do recém-nascido porque eu trato meus bebês como se fossem meus. (G2T4)

Ser humano. Ser um pouco humano e ver naquele ser um ser que também sofre e ter o mínimo de cuidado que ele merece. Eu tenho zelo por cada um deles, então, eu tento focar nessa parte de como se fosse meu. Cuidar daquele como você gostaria de ser cuidado. (G2F3)

[...] pois a gente se coloca no lugar do paciente. E se fosse meu filho? E se fosse meu neto? A gente sempre tenta se colocar no lugar do paciente para reduzir essas coisas, essa intensidade dolorosa. (G1E3)

Mas, quando você observa que aquele profissional tem aquele sentimento, tem aquele cuidado porque poderia ser um membro da sua família, que poderia ser alguém mais próximo seu, a gente observa que ele faz o que tem que fazer mas satisfatoriamente. É você se envolver, de você querer o bem daquele bebê. (G1E4)

O componente afetivo relaciona-se aos sentimentos e às emoções despertados no indivíduo. Assim, na subcategoria **Demonstrando o componente afetivo dos profissionais com o RN**, os sentimentos evidenciados nas narrativas estão relacionados ao amor, carinho e à atenção dispensados ao RN durante a internação na UTIN.

As emoções estão também muito presentes, pois a unidade neonatal é um ambiente muito tênue, entre a vida e a morte. Neste sentido, por estarem envolvidas com aquele neonato durante um longo período de internamento os profissionais acabam se envolvendo emocionalmente como destaca G1E4:

A gente se envolve com o bebê, a gente se preocupa, a gente até às vezes chora junto com RN, quando a gente percebe essa dor, porque já é difícil está numa UTI e quando a gente percebe isso, a gente se envolve também emocionalmente

com ele, por isso que a gente procura de todas as formas amenizar essa dor. (G1E4)

O cuidar de um RN com dor faz emergir sentimentos de alegria e tristeza entre os profissionais. As falas que seguem apontam que estes ficam alegres quando se sentem capazes de contribuir para recuperação da criança, e depois tem a oportunidade de vê-lo retornar ao serviço saudável. O óbito de um RN na UTIN desperta sentimento de tristeza e sofrimento.

Amor, muito carinho com o bebê, porque é um vínculo que você tem muito grande com o bebê, principalmente quando você é mãe. Então, você tem que ter todo aquele carinho como você tem com um filho seu. Então, você tenta passar aquele carinho para o bebê, pois até isso o bebê sente. (G2T4)

Envolve atenção. A forma de pegar, se ele aparenta uma face de conforto. Então assim, a forma que a gente pega com cuidado que é uma forma de carinho, que a gente faça um carinho ali, pegando nele é uma forma que pode aliviar a dor dele. (G2F4)

É pelo tempo que a gente passa com esses bebês. A gente desenvolve uma relação muito próxima, afetiva, a ponto da gente de repente um bebê vai a óbito, dependendo do dia que esse bebe esteja na UTI e que, de repente, construiu aquela relação, as pessoas se envolvem muito, a enfermagem. Eu falo isso com toda propriedade, porque eu vejo as mães quando retornam lá com os bebês para levar para gente depois da alta, elas frisam bastante, elas falam que a enfermeira foi assim, foi assim, foi assado. (G1E1)

A gente se apega demais a esse bebê. Tipo quando aquele bebê que você viu aquele sofrimento que ele passou, que você vê, como a gente viu hoje uma desse tamanho caminhando, aquilo ali dá um gás a mais para você. O tanto que aquele bebê sofreu, mas que você ajudou na sua recuperação, então, é uma coisa magnífica para gente. (G1E3)

Desenvolve-se relação de afeto não apenas com aquela criança, como também com sua família, que diariamente está nas dependências da UTIN. Estes pais/família são acolhidos pelos profissionais, em especial pela equipe diurna que está no plantão quando acontecem as visitas. A equipe demonstra preocupação em realizar um cuidado individualizado, direcionado às necessidades de cada RN, conforme mencionado pelos depoentes:

Como os bebês que estão na UTI são, geralmente, graves, a equipe acaba tendo um vínculo com esses pais, com a mãe que vai lá diariamente ver o bebê, tem esse vínculo com a família que vai lá acompanhar o bebê. Mas, isso é mais com a equipe do dia, porque à noite elas não visitam os bebês e tem bastante essa questão do vínculo. À noite, a gente sempre procura manusear os bebês, chamar pelo nome, e elas tem o cuidado com essa questão da humanização. Eu percebo que é algo delas, desse cuidado mais próximo com o bebê que acaba ajudando, pois o bebê precisa dessa atenção assim mais humanizada, porque ele já passa por tantos procedimentos dolorosos. (G1E2)

Claro que tem a parte técnica que é principal também, mas eu acho que também esse lado afetivo ajuda também tanto na parte do RN quanto do acolhimento dos pais que já vem bem fragilizadas, eu acho que conta bastante [...] (G1E3)

O planejamento e controle adequado da dor no RN devem ser prioridade entre os profissionais de saúde. Entretanto, o gerenciamento adequado desta na UTIN pode sofrer interferências desencadeadas pelas dificuldades que permeiam a prática assistencial, como sobrecarga de trabalho, problemas com o dimensionamento de pessoal e falta de conhecimento científico sobre a temática, somados às particularidades do bebê e ausência de preocupação de alguns profissionais com a dor neonatal, que são abordados na categoria **RECONHECENDO AS FRAGILIDADES DO PROCESSO DE CUIDAR**. Porém, com o intuito de oferecer cuidado sensível, cabe aos profissionais, mesmo diante destas condições vivenciadas no dia a dia, oferecer atendimento adequado e humanizado, atendendo às necessidades do RN de forma integral.

Os discursos que caracterizam a subcategoria **Subjugando a dor neonatal** apontam que a dor neonatal ainda é subjugada por alguns profissionais e que, em decorrência disso, eles demonstram pouca preocupação com o manejo desta. A subjetividade da dor nesta fase da vida corrobora a limitação para identificação das manifestações dolorosas, principalmente entre os bebês que estão respirando com suporte de ventilação mecânica ou os prematuros extremos.

Eu acho que ainda nem todo mundo tem essa mesma preocupação com a dor não. Existem profissionais que têm, mas existem profissionais que ainda não acordaram para essa preocupação, ainda subjugam muito a dor no neonato [...] Eu acho que eles pensam: ah, é um prematuro extremo e ele não sente dor, ele não vai sentir dor. Enquanto a gente sabe que eles sentem igual a mim e a você. Eles não têm como expressar aquela dor, eles não conseguem expressar, mas a dor nele, é a mesma dor num procedimento em mim ou em você, só que às vezes é mais exacerbado que em mim e em você. (G1E6)

Eu acho que sim porque a dor do RN, às vezes, é muito subjugada, e achar que não é dor. Às vezes, o bebê está sentindo dor e você não está nem percebendo, por que é muito subjetivo, muito mesmo. Principalmente, naqueles bebês que estão entubados e que estão em ventilação mecânica. (G2M1)

Desse modo, o cuidado com o RN torna-se desafio para os profissionais de saúde, ao se depararem com a dificuldade na identificação da dor, o que os levam a ignorar alguns sinais apresentados pelo RN. Esta dificuldade na percepção da dor foi mencionada por uma enfermeira como presente nas diversas categorias profissionais, com destaque para os técnicos de

enfermagem, como observado nas falas da subcategoria **Apresentando dificuldade na identificação da dor**.

[...] no bebê muito prematuro, às vezes, ele não apresenta faces de dor, não chora porque está entubada, não tem assim como a gente observar de forma mais concreta a questão de dor, aí, fica mais complicado, teria que ser uma abordagem mais específica. (G1E2)

Assim [...] é um pouco difícil porque não é sempre que a gente vai conseguir identificar. Mas, é bem difícil porque não é sempre que a gente consegue identificar se é dor ou não o que ele está sentindo. [...] Tem que ter um olhar bem clínico em relação a essa questão de dor, por que nem todo mundo é ciente, entendeu? Nem todo mundo sabe de fato se é dor ou não, principalmente a parte da equipe técnica. (G1E5)

Cuidar do RN com dor para mim é um desafio muito grande, como eu lhe disse, como ele não expressa verbalmente aquela dor, passam muitas vezes despercebidos alguns sinais e sintomas de que ele realmente esteja com dor. (G1E6)

Outro aspecto importante evidenciado nas falas e contemplado na terceira subcategoria refere-se à **Dificuldade na aplicação da escala NIPS** na rotina assistencial. Observa-se falta de compreensão acerca da importância da aplicação deste instrumento para avaliação sistematizada da dor, sendo este realizado de forma mecanizada, apenas para cumprimento das atribuições inerentes à prática profissional. Mesmo sendo sinalizado na prescrição que aquele RN precisa ser avaliado, a fala de um participante ressalta que alguns aplicam a escala, outros não.

[...] aí, eu percebo que como tem uma certa rotatividade de profissionais, de repente sai profissional, chega novos e a gente acaba esquecendo de estar treinando novamente. Mas, eu percebo que alguns fazem, alguns não fazem. (G1E1)

Mas, eu percebo que a gente ainda tem alguma dificuldade, até na aplicação da escala. Às vezes, a gente aplica, mas de uma forma muito mecânica, só para preencher o instrumento, porque é solicitado, porque tem médicos que colocam na prescrição. Mas, qual o objetivo daquilo? Se der quatro ou mais pontos, às vezes, nem é comunicado ao médico, então, eu percebo, às vezes, muito isso, que é mais só para preencher mesmo. (G1E2)

Mas, assim como tudo, às vezes, tem início, mas não tem uma continuidade. Às vezes, não tem seguimento. (G1E6)

[...] eu sinto que está ali só como protocolar, como um instrumento que deve ser preenchido e, às vezes, é mesmo só para constar. Às vezes, você fica o dia todinho e mesmo que o RN sentiu dor durante o dia, mas está lá zero, zero, zero no balanço. (G2T2)

Uma outra condição elencada pelos profissionais está descrita na subcategoria **Referenciando a escassez de educação permanente**. Em virtude desse conhecimento insuficiente, os profissionais acabam por realizar a avaliação da dor e o consequente manejo desta de forma empírica, podendo resultar em condutas inadequadas.

[...] eu mesma nunca fiz treinamento, mas com o dia a dia, a gente vai aprendendo as coisas que vão aparecendo, dessas escalas, e, aí, a gente vai aprendendo com o dia a dia. (G2F1)

Eu acho que falta mais essa questão de treinamento sobre o manejo da dor entre a equipe multidisciplinar. Porque é muito carente, muito deficitário. (G2F2)

A valorização das medidas farmacológicas, em detrimento das não farmacológicas, foi apontada também como limitação no cuidado e apresentada na subcategoria **Valorizando medidas farmacológicas**. Ao observarem algum sinal de dor no RN, alguns profissionais solicitam ou prescrevem os analgésicos, com a intenção de obter resultado mais rápido. Os recortes a seguir demonstram a preocupação com o emprego dessa prática.

[...] porque a gente não tem um treinamento específico sobre o manejo da dor em recém-nascidos, [...] Então, o que que eu percebo: que algumas pessoas sim, se preocupam, mas outras nem tanto. Acham que aquilo ali vai passar e está tudo bem. Outras introduzem logo a medicação. (G2F2)

Uma coisa que eu vejo muito aqui: na hora que você ver um RN super mega agitado, nós da enfermagem já perguntamos: Dr. será que seria bom sedar esse bebê, fazer um sedativo para ele? Então, na hora que a gente ver uma agitação, a gente já quer partir para uma medicação endovenosa, um sedativo endovenoso naquele recém-nascido sem antes fazer medidas não farmacológicas. (G1E6)

[...] até alguns pediatras quando avaliam um bebê que está entubado, grave, com face de dor, ele já prescreve algum sedativo a mais para o bebê amenizar essa dor. (G1E2)

Essa valorização também é percebida na UTIN cenário deste estudo, quando alguns analgésicos ficam prescritos a critério médico. O médico prescritor prevê a possibilidade de administração do medicamento diante de possíveis alterações no quadro clínico do bebê e, assim, o medicamento é mantido na prescrição, porém com orientação de que somente deve ser administrado pela equipe de enfermagem, mediante autorização médica verbal.

Essa prática de deixar a medicação prescrita é justificada por uma médica participante do estudo pela praticidade em uma situação de urgência ou emergência, pois a definição da

dosagem de algumas medicações em neonatologia requer a realização de cálculo, de acordo com o peso ou a idade gestacional do RN. E, como nessas situações, geralmente, exigem desfecho mais rápido, o tempo demandado para realização do cálculo da dosagem pelo profissional poderia comprometer o estado de saúde da criança.

A gente percebe que mesmo eles sendo defensores das medidas não farmacológicas, eles deixam a prescrição a critério, deixam prescritos as medicações a critério. (G1E1)

É rotina já ficar a maioria aqui já prescrito principalmente pela praticidade do plantão noturno. Ou, então, porque é assim um médico para dez pacientes graves, e, às vezes, você já deixando a critério médico ou se necessário, facilita até assim o cálculo. (G1M1)

Além das situações listadas, os depoentes sinalizaram quanto aos problemas na gestão de pessoal de enfermagem, contemplados na subcategoria **Revelando problemas no dimensionamento de pessoal**. O quantitativo insuficiente de profissionais de enfermagem em decorrência do absenteísmo, aposentadorias, licenças, exoneração, acaba por interferir na qualidade do cuidado prestado na UTIN. As falas das enfermeiras responsáveis técnicas ressaltaram que alguns profissionais técnicos de enfermagem estavam solicitando vacância de atividades para tomar posse em concursos para o cargo de enfermeiro. Outros estavam afastados por licença prêmio, férias ou atestado médico.

Realmente, a gente tem um absenteísmo muito grande, tem alguns profissionais que estão pedindo vacância, tão assumindo outros concursos fora. A maioria dos nossos técnicos de enfermagem são também enfermeiros, e muitos passaram nesses concursos como o último que teve no Ceará, do HU fora, em outros lugares e muitos estão saindo. Outros estão em processo de aposentadoria porque a gente tem muitos na equipe já com um longo tempo de serviço na instituição, já estão cansados. A UTI é um ambiente extremamente muito cansativo. Nós estamos num momento muito difícil, de muitos bebês graves, e, aí, eles estão cansados, estão pedindo pra sair, estão tirando suas licenças prêmio [...] Tem um desfalque grande. Ultimamente, nós temos férias atrasadas por conta da covid, os funcionários não puderam tirar férias e agora estão cansados, muitos adoecendo, inclusive mentalmente. Atestados de longo prazo e a gente está correndo atrás. (G3RT1)

Agora a gente está tendo alguns atestados por conta das arboviroses, dengue e Chikungunya que está tendo muitos casos, melhorou a questão do covid, mas está tendo algumas ausências mais por dengue e Chikungunya. A gente teve algumas faltas também que infelizmente que são faltas avisadas em cima da hora que infelizmente não se consegue uma substituição. (G3RT2)

Os afastamentos sem a devida substituição do profissional acaba por interferir na dinâmica de cuidados da unidade, gerando sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente,

comprometendo a qualidade da assistência, mesmo com o esforço dos profissionais para manter a rotina de cuidados, conforme descrito na fala seguinte:

[...] porque a gente trabalha com sobrecarga de trabalho e o pessoal acaba adoecendo. À noite, as escalas são mais reduzidas ainda. É uma realidade assim frequente: equipe reduzida. Numa UTI que é para ficar um técnico com dois recém-nascidos, que é o suficiente, que diz a legislação, às vezes, ficam quatro técnicas para dar conta de 10 RN graves, que demandam um cuidado maior. E, aí, a gente não tem, é só uma enfermeira à noite e, às vezes, é porque não tem como mesmo, da questão da sobrecarga. Então, às vezes, passa despercebido algumas coisas despercebida nesse cuidado com essa dor do RN por conta da sobrecarga de trabalho. (G1E2)

A Resolução nº 7 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária prevê como requisitos para o funcionamento das unidades de cuidados intensivos que se tenha um enfermeiro para cada oito leitos e um técnico de enfermagem para cada dois leitos. Com o absenteísmo apontado nas narrativas, ao invés do técnico de enfermagem assistir dois bebês, ele acaba assistindo três bebês graves, o que pode comprometer a qualidade da assistência e a segurança de profissionais e pacientes.

A gente procura fazer, mas não dá para você ter aquele trabalho 100% eficaz com três bebês, mas a gente tenta fazer o máximo que nós pudemos [...] três é muito e não dá para você fazer aquele trabalho de qualidade, 100%. Mas, a gente dá o melhor. (G2T1)

Sobrecarrega. Sobrecarga. E, aí, de certa forma, o cuidado ele não é [...] prejudica a qualidade do cuidado. [...] hoje enquanto eu deveria estar com duas crianças, dois RN, eu estou com três. Então, pode ser uma barreira. Também, o que eu poderia citar aqui [...] eu acho que é mais é isso: o quantitativo de pessoal e o treinamento, um incentivo, pois, às vezes, passa como se fosse uma coisa de menor importância. (G2T2)

Assim, a gente tem que se desdobrar para fazer o serviço como se tivessem dois ou três. A gente tem que correr mais, mas, assim, às vezes atrapalha a falta de profissional. Mas, a gente tenta fazer o possível e o impossível para que não tenha perda para o bebê. (G1E3)

Por mais que a gente peça que não falte, pensar no colega, pensar no bebê, ainda tem falta e essa falta ela prejudica de certa forma? Prejudica, porque pela Portaria 930, a gente sabe que é um profissional técnico de enfermagem para dois bebês. Então, se tem uma falta e aquele profissional ao invés de ficar com dois bebês, fica com três, a assistência não vai ser a mesma. (G3RT2)

A valorização do cuidado terapêutico também foi considerada como condição que interfere no gerenciamento da dor como mostrado na subcategoria **Realizando demandas procedimentais no automático**. Entende-se por cuidado terapêutico uma ação com intenção

terapêutica pautada na competência técnica e legal do profissional, com vistas à resolução de problemas ou satisfação das necessidades pessoais de saúde do ser que precisa de cuidado.

Os profissionais reconheceram que o cuidar do RN implica realizar tarefas específicas de cada categoria profissional, demandada de acordo com o quadro clínico do bebê. As atividades eram realizadas na UTIN, a fim de se adequarem às rotinas estabelecidas pela instituição, que apresentava horário padronizado para administração de medicamentos, por exemplo. Neste sentido, alguns profissionais acabavam por realizar os procedimentos técnicos de forma automática, sem se indagar o sentido do fazer, como exposto nos relatos abaixo.

Tem alguns que têm esse cuidado, outros são mais técnicos, são profissionais técnicos mesmo. Tem dreno que dói no nosso coração e, aí, eles fazem sem se preocupar. (G1E3)

[...] às vezes, a gente observa que alguns profissionais fazem as coisas no automático, por que tem que fazer. (G1E4)

Não que ele não é capaz, mas que ele não tem de fato essa atenção, pois é só no automático mesmo. Só que fazer as medicações ali e não tem aquele olhar de fato para o bebê em si. (G1E5)

As falas dos profissionais apresentadas abaixo, ainda, apontam preocupação com os procedimentos realizados pelos cirurgiões pediátricos, como a reabordagens para ressuturas realizadas à beira do leito, drenagem torácica e intubação. São procedimentos realizados na maioria das vezes de forma rápida, utilizando, em algumas situações, apenas da lidocaína para analgesia local, sem o emprego de outras medidas, sejam elas não farmacológicas, ou farmacológicas.

E, às vezes, os profissionais médicos, que a gente tem muito contato com os cirurgiões pediátricos, que alguns deles vão avaliar o bebê em pós-operatório de cirurgia, e em algumas situações, esse profissional da cirurgia, às vezes, é preciso fazer uma reabordagem, às vezes, no leito mesmo, mesmo não sendo bebê prematuro, mas em bebê que passa muito tempo internado, que é crônico e o procedimento é doloroso, como uma sutura por exemplo, uma sutura você já sabe que é dolorosa. Então, eles fazem os procedimentos sem ter o cuidado de pelo menos amenizar a dor que o RN possa estar sentindo, porque com certeza ele sente num procedimento desses. E, aí, já aconteceu situações dessas, eles não tem muito essa questão de prevenir a dor do RN. (G1E2)

Porque os cirurgiões fazem a visita nos setores da maternidade que tem esses bebês e realmente eles não têm essa preocupação de amenizar a dor do bebê. Eu acho que pela pressa, de ter muita coisa para fazer [...] Mas, realmente, os cirurgiões, quando eles vêm eles são mais imediatistas, eles querem fazer naquele horário, naquela hora, daquele jeito e pronto. (G1E4)

[...] e principalmente no plantão da noite, que, às vezes, eles já estão em casa e, aí, a gente liga, e eles vêm para fazer esse procedimento rápido. Então, eles pegam a lidocaína e já fazem ali e pronto. [...] às vezes, a gente até pede para poder acalmar o bebê antes para fazer esse procedimento, mas nem sempre eles esperam. (G1E4)

O próprio ato de intubação é um ato doloroso para o bebê e, às vezes, se o bebê está parado, está na correria, não dá tempo nem de fazer uma sedação, ele é intubado rapidamente sem sedação. E é um ato doloroso. (G1M1)

Na percepção das enfermeiras do serviço, esses profissionais são considerados imediatistas e demonstram em atitude pouca preocupação em minimizar a dor ocasionada pela realização do procedimento. Elas referem tentativa de empregar uma medida não farmacológica para minimizar o desconforto do RN durante a realização dos procedimentos listados, mas nem sempre o cirurgião aguarda, conforme os relatos.

[...] o cirurgião chega para fazer uma drenagem de tórax, ou tirar um dreno... a gente já diz: Dr., vamos colocar glicose antes, ele já tem feito. (G1E1)

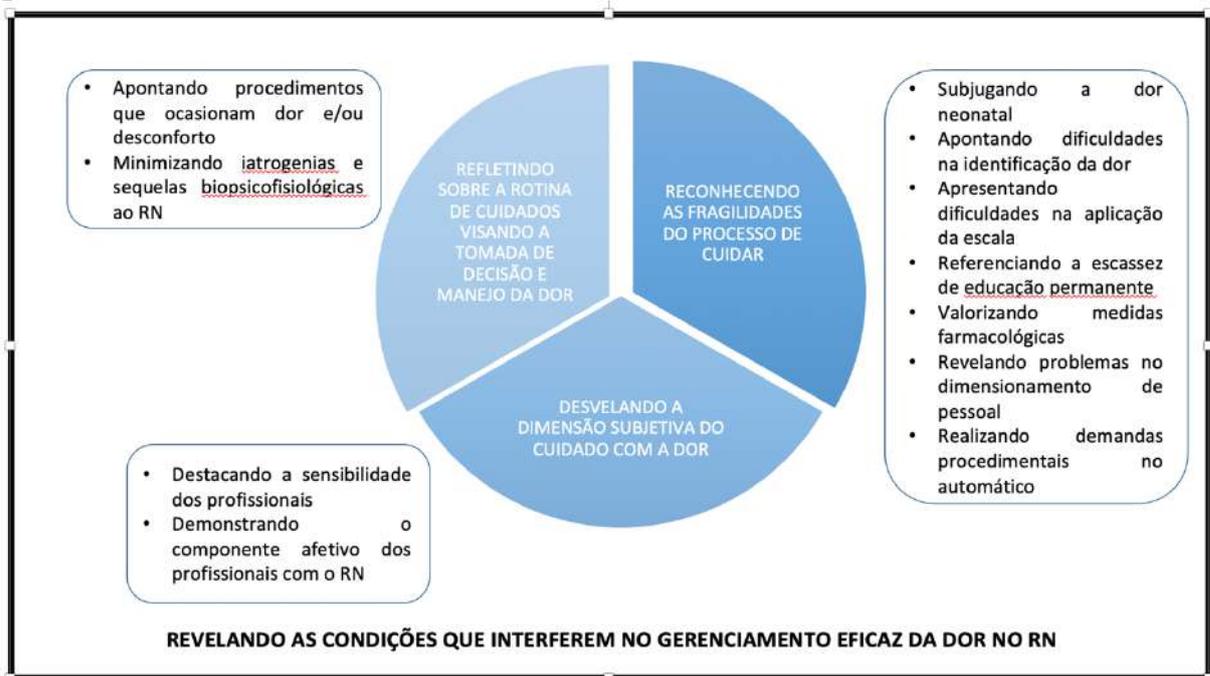
[...] tem a parte dos cirurgiões. A gente sempre fica com pé atrás, quando eles vêm a gente vai junto, porque assim, você sabe né? Que eles são mais duros na mão na massa. (G1E3)

A médica entrevistada abordou na fala que a necessidade de uma intervenção mais rápida, no caso da toracostomia com drenagem pleural, tem como objetivo melhorar o padrão respiratório do RN e, por isso, normalmente não se faz a sedação antes do procedimento, mesmo sabendo da importância para garantir o correto posicionamento do dreno e minimizar as intercorrências durante o procedimento. Após o procedimento, o RN estabilizado recebe a sedação necessária, como se constata na fala a seguir:

Se for no caso um pneumotórax. Se for um pneumotórax que dê para esperar, o cirurgião faz, mas se for um pneumotórax hipertensivo que tem que ser feito rapidamente, aí, o neonatologista plantonista é que faz. E, normalmente, por ser uma coisa tão rápida que o bebê vai repercutir logo você não faz sedação, faz mesmo sem sedação, e, aí, posteriormente, depois que você faz a punção de alívio e, aí, coloca uma sedação, coloca uma analgesia. Mas, na maioria, não é feito. (G1M1).

Frente ao exposto, o fenômeno aqui descrito apresenta as condições causais, as contextuais e as interventoras que suscitam, condicionam e influenciam o cuidado com a dor do RN, conforme Figura 6.

Figura 6 – Diagrama representativo do fenômeno Revelando as condições que interferem no gerenciamento da dor no RN



Fonte: Autoria própria.

5.2.2 BUSCANDO FORMAS DE ATENDER ÀS DEMANDAS DE CUIDADO COM A DOR

O fenômeno “Buscando formas de atender às demandas de cuidado com a dor” reflete as ações-interações, ou seja, os atos praticados pelos profissionais de saúde para o gerenciamento da dor do RN durante a hospitalização na UTIN, que contemplam desde a identificação dos sinais de dor ou desconforto, mensuração da dor, passando pela definição e implementação das medidas de alívio da dor que podem ser realizadas individualmente ou em conjunto com outros profissionais que prestam assistência ao RN.

Na categoria **DECODIFICANDO A LINGUAGEM DO RN PARA IDENTIFICAR A EXPERIÊNCIA DOLOROSA**, buscou-se, por meio dos relatos, identificar a forma como os profissionais identificam as manifestações dolorosas no dia a dia, uma vez que a dor é considerada subjetiva e fatores como as experiências do profissional com a dor e os valores igualmente construídos a partir destas vivências podem interferir na percepção desta.

Como os RN são incapazes de verbalizar a dor e o desconforto, a expressão destes é objeto da interação entre o RN e quem dele cuida. A identificação da dor é feita por alterações comportamentais e fisiológicas, descritas na subcategoria **Observando as respostas do RN**.

A mímica facial de dor é uma variável de comportamento comumente analisada pelos profissionais no contexto da dor, estando presente tanto no RN com respiração espontânea, quanto naqueles entubados. O choro, por sua vez, também é uma forma de comunicação do neonato, podendo ser desencadeado após estímulo desagradável doloroso ou não. Os recortes a seguir evidenciam essas informações:

[...] aí, a gente observa a face quando a gente manuseia, se ele contrai a face, se tem alguma expressão de dor, então, é mais nessa questão da observação no manuseio quando a gente observa o bebê e a reação do bebê ao nosso manuseio, se ele tem algum tipo de expressão de dor. (G1E2)

Como eu já falei, a gente identifica quando o bebê está fazendo muito aquelas faces de dor que a gente chama, está choroso. Às vezes, mesmo entubado, o bebê está fazendo face de dor, a gente observa frequência cardíaca. Se a temperatura não está elevada por que está fazendo uma frequência tão alta? (G2T2)

Como eu falei, tem bebê que está muito agitado, a gente fica prestando muita atenção, se o bebê está chorando demais. Então, você tem um ali que na hora que eu fui trocar uma sonda, ela já começa ali a gritar. Muito choroso. (G1E5)

[...] são várias avaliações que a gente faz para observar se esse RN está sentindo dor [...] O RN, às vezes, chora, faz a face de dor. Ele tem algum estímulo. (G2F1)

Dependendo também do choro, mas a gente ver mais pela face. Aquela face de dor, de sofrimento. [...] Se não está sabendo se é dor só de olhar, se a gente pegar na criança, movimentar a criança, a gente pode identificar que seja dor, está doendo aquela região, pois na hora que pega, chora bastante ou então se irrita. (G2F4)

O técnico, às vezes, já fala: olha o bebê está assim, está muito agitado, está com os membros fletidos ou a temperatura está muito alta, está apresentando fáceis de dor quando eu toco, quando eu faço aquilo. Então, é comunicado e, a partir disso, é que a gente vê a intervenção mais adequada. (G1E4)

Além dos sinais citados, pode-se observar, ainda, outra mudança no comportamento da criança na presença da dor. Ao invés de calmo, alternando períodos de sono e vigília como esperado para a idade, o RN fica agitado, inquieto. Há alteração na atividade motora do bebê que apresenta movimentos de extensão e flexão das extremidades superiores e inferiores, como observado nos relatos:

A gente observa muito para identificar a dor. Porque assim, se o bebê não estiver sentindo dor, ele está calmo, está dormindo. Então, a gente procura ver, avaliar melhor, tentar identificar a dor. (G2T1)

Na palpação, a gente observa se o bebê faz aquela face de dor. A saturação a gente observa. É tudo como todo. A saturação, taquicardia, movimentação, agitação, tudo a gente observa. (G1E3)

[...] você olha e ver os traços. Choramigo, expressão facial. Tem alguns que a gente ver na hora do manuseio da fisioterapia, como o bocejo frequente que é sinal de estresse, o espalmar dos braços, o humor exacerbado. Então fazendo a avaliação das escalas a gente consegue ver muitos sinais de dor. Só de olhar você consegue perceber, então, a frequência respiratória mais alta, a frequência cardíaca elevada, uma queda de saturação, irritabilidade ao manuseio. (G2F3)

[...] se eu vejo que mesmo que a gente faça o mínimo do mínimo, na frequência lá já mostra que ele deve estar sentindo alguma dor, pois a frequência dele sobe [...] Tem a expressão do choro do bebezinho, de face, nos membros superiores e inferiores, o choro também. Aí, a gente avalia, pontua. (G2T3)

O recém-nascido com dor manifesta sinais. Um dos sinais é choro, quando não estão entubados, irritabilidade, aí, dá para saber que o bebê está sentindo alguma dor. [...] Mesmo o bebê estando entubado e não estando na sedação, ele fica agitado, ele fica muito agitado, ele fica mexendo as mãos, mexe os pés. A expressão facial do bebê muda e a frequência também. (G2T4)

As alterações nos parâmetros fisiológicos são respostas resultantes da ativação do sistema nervoso simpático, após um procedimento doloroso, e elas incluem: aumento da FC, aumento da FR, alterações na PA, redução da SatO₂, além de cianose e sudorese. Neste estudo, os profissionais relatam apenas atentarem para presença de taquicardia, taquipneia e redução da SatO₂, como sinais indicativos de dor, conforme relatos a seguir:

[...] um RN com dor ele costuma ficar taquicárdico, a gente vai olhar primeiro temperatura para saber se é pela temperatura, ele, então, fica então com aquela face de dor, então, a gente vai tentar amenizar essa dor. (G1E3)

Às vezes, a frequência cardíaca aumenta, ele fica agitado, choroso, a gente percebe que isso incomoda bastante, tem as faces de dor. (G1E4)

Tem momentos que a gente consegue perceber pela questão da face do bebê, pelo fato do bebê está chorando muito ou quando a gente olhar para o monitor e ver que a frequência cardíaca dele está muito alta, se o bebê está muito agitado. (G1E5)

[...] porque, por exemplo, quando eu passo e eu vejo que o bebê está muito inquieto, ele está taquicárdico ou se ele estiver intubado, ele me diz, ou ele tem um semblante de dor, ou ele tem uma expressão, uma face de dor. (G3RT1)

Ele fica muito agitado quando está sentindo dor [...] O bebê dessatura, a frequência cardíaca aumenta muito, quando ele está sentindo dor, a frequência cardíaca aumenta muito, ou então, o bebê fica totalmente em estágio letárgico, hipoativo [...] (G2M1)

Frente ao exposto, percebe-se que os neonatos expressam necessidades por meio do comportamento e dependem da observação e avaliação de quem os assiste, que posteriormente oferece o alívio para o desconforto. A dor é avaliada, na maioria das vezes, de forma sistemática, por meio de instrumento de avaliação da dor implementado no serviço. Deste modo, a subcategoria **Mensurando a dor através de uma escala** apresenta a Escala NIPS como o instrumento utilizado para obter os escores de avaliação.

A aplicação da escala é realizada diariamente pelos técnicos de enfermagem, podendo ser aplicadas também por enfermeiros. Por considerarem a dor como o quinto sinal vital, os técnicos fazem a avaliação do escore de dor quando vão avaliar e registrar na folha de controle hemodinâmico os outros SSVV e realizar a troca de fralda. O intervalo de avaliação da dor depende do estado de saúde do bebê, variando de três em três ou quatro em quatro horas, como referiram os profissionais:

A gente usa o NIPS que é o controle de dor, a escala. [...] ela é aplicada tanto pelos técnicos quanto pelos enfermeiros. A gente tem sempre essa observação. Existe alguma prescrição, já dessa aplicação dessa escala, de quantas vezes ao dia ela deve ser feita. E tem prescrição de horário, assim dependendo de como o bebê está, se ele pode ser manipulado, da condição clínica do bebê. (G1E3)

A equipe de enfermagem como um todo é para fazer. Então, a gente tem um horário em que é feito a pesagem, a troca de fralda, que a gente faz a monitorização de sinais vitais, e a dor ela é um dos sinais vitais que está lá e, aí, nesse momento a gente faz a aplicação da escala NIPS. [...]. Você chega, você observa aqueles pontos que estão lá para serem observados na escala e, aí, você sai de certa forma pontuando e coloca. (G1E6)

[...] a gente utiliza a Escala de NIPS, que já tem prescritos os horários para fazer. Cada vez que for manusear o bebê, os técnicos avaliam. Se apresenta faces de dor, observa os membros como é que está, se está reflexivos, se está retraído, então, lá nessa escala que já vem na SAE que a gente faz, já está prescrito para os técnicos realizarem essa avaliação. (G1E4)

Tem o NIPS que a gente faz também de acordo com as expressões do bebê [...]A gente faz sempre periodicamente de 3 em 3 horas que é quando a gente vai manipular ele, fazer a troca. (G1T2)

Como a avaliação da dor neonatal é parte da assistência de enfermagem prestada ao RN internado na UTIN, ela está presente na prescrição de enfermagem. Outrossim, a mensuração da dor em RN submetidos a procedimentos cirúrgicos é reforçada na prescrição médica, uma vez que estes pacientes têm possibilidade maior de apresentar manifestações dolorosas, como expresso por esse participante:

Em relação à escala que a gente aplica lá é a Escala de NIPS. É uma escala mais prática, que, às vezes, é aplicada no intervalo de manuseio de 4 em 4 horas, e quando se tem um bebê em pós-operatório, sempre as médicas têm essa atenção de solicitar que seja feito a Escala de NIPS para avaliar essa dor. (G1E2)

A NIPS é uma escala do tipo multidimensional que permite a análise de parâmetros comportamentais (expressão facial, choro, movimento de braços e pernas, estado de alerta) e um fisiológico, que é o padrão respiratório destacado nos discursos seguintes.

Na Escala de NIPS, quanto à alteração do sinal fisiológico, ele só ver o critério da respiração, que a gente vê se está normal ou não se está alterado em relação ao padrão, mas, aí, a gente observa também quando tem um bebê monitorizado que tem uma taquicardia, a gente observa. (G1E2)

[...] a gente tem a aplicabilidade de uma escala de dor, da NIPS, que, aí, ela vai observar comportamento, algumas questões de comportamento, de algumas questões fisiológicas. Uma delas que a gente sempre se atenta é o aumento da frequência cardíaca, uma taquicardia [...] (G1E6)

Ao avaliar cada um desses parâmetros, o profissional atribui a pontuação zero, um ou dois de acordo com a resposta observado no RN. E, ao final, faz-se o somatório desses pontos ao qual será, então, interpretado o escore, que poderá ou não indicar a presença de dor, como evidenciado nessas falas:

[...] a gente até utiliza a Escala NIPS para estar avaliando a dor. Normalmente, a gente vai observar aquelas características e pontua [...] (G1E1)

Primeiro, a gente identifica se o bebê está muito agitado, as características, tipo: ele está muito irritado, com expressão de dor. A gente usa muito a Escala de NIPS. De 1 a 5 a gente coloca lá, número zero, um, dois, três. (G2T1)

A partir desse olhar, em que é possível identificar e decodificar os sinais de dor e/ou desconforto mostrados pelo bebê, os profissionais costumam instituir medidas para alívio destes. As abordagens para controle da dor estão descritas na categoria **MODELANDO O MODO DE AGIR DOS PROFISSIONAIS DIANTE DA DOR**.

A primeira subcategoria denominada **Instituindo medidas não farmacológicas** destaca o uso da glicose 25% oferecida via oral como o procedimento mais utilizado na unidade neonatal para alívio da dor. Esta medida terapêutica utilizada encontra-se contemplada no protocolo de manejo da dor do serviço, sendo realizado pelos membros da equipe, sem a necessidade de prescrição médica. A posologia de administração, segundo os discursos, são

duas gotas, dois minutos antes dos procedimentos dolorosos, ou ainda naqueles casos em que os RN se encontram agitados ou chorosos.

[...] pois, de forma geral, quando o bebê está chorando, ou elas vão fazer uma punção, fazer uma coleta, eu sempre faço o pedido da glicose 25% para eles fazerem dois minutinhos antes de cada procedimento, ou então, quando o bebê está chorando mesmo, está irritado, com características de dor, usar a glicosezinha, usar os métodos não farmacológicos. (G1E1)

A questão da glicose [...] Antes a gente usava duas gotinhas, mas agora a orientação é de 0,5 ml até 1 ml, a depender da necessidade, 2 minutos antes do procedimento doloroso. Mas assim, em relação à sucção não nutritiva, posicionamento, essas coisas, a gente já faz mesmo de rotina sem necessidade de prescrição. (G1E2)

Quando a gente vai fazer algum procedimento com o bebê que a gente sabe que vai ter dor, então, a gente tem o cuidado de dar a glicosezinha porque já tem estudos que dizem que com a glicose, o bebê diminui a dor, para ver se a gente tira ele desse quadro, porque é bem complicado esse bebê com dor. (G1E3)

O que a gente usa aqui bastante como método é sempre colocar a glicose, a gente colocava duas gotinhas antes de qualquer procedimento. (G1E4)

[...] sempre que a gente vai fazer as coletas que é algo que é bem doloroso para eles, a gente faz o uso da glicose, para minimizar a questão da dor, para deixá-los mais calmos, para aliviar. (G1E5)

Especificamente, o que a gente mais utiliza são essas não farmacológicas. Se eu te disser que a maior, que a gente mais utiliza dentre as não farmacológicas, seria a questão da glicose a 25%. (G1E6)

Mas, é quando ele está irritado, a gente coloca um pouquinho da glicosezinha para ver se ele dar uma acalmada, se ele desestressa mais. Mas, em relação à dor mesmo é mais a contenção que a gente usa. (G2F4)

A gente procura dar o melhor em tudo. Inclusive aqui é protocolo, se você vai fazer procedimento, coloca duas gotinhas de glicose. Está chorando muito [...] a chupeta, a gente quase não usa, mas a glicose é protocolo. Em todos os procedimentos realizados, a gente coloca, é protocolo mesmo. E eles ficam bem mais calmos. (G2T1)

A solução de glicose pode ser oferecida diretamente na boca do RN ou em chupeta improvisada com dedo de luva de látex molhada com a solução, como pode ser observado nas falas abaixo descritas.

A gente vai no bebê, usa a sucção nutritiva, mas no bebê prematuro extremo que está entubado, não tem nem como fazer esse tipo de abordagem. A gente usa a glicose 25%, que a gente usa antes do procedimento para evitar não causar dor (G1E2)

[...] por que a gente tem um dedinho de luva com glicose que a gente coloca para o bebê acalmar [...] (G2F2)

A gente procura minimizar quando possível essa dor. Em alguns treinamentos que a gente participou, tem que colocar o dedo na boca do RN para estimular a sucção dele, às vezes, com a glicose. (G2T2)

Um outro tipo de sucção referida pelos profissionais e utilizada para modular o desconforto no RN é a não nutritiva. Neste tipo de sucção, uma chupeta ou dedo enluvado é oferecido ao bebê, sem, no entanto, adicionar nenhum tipo de líquido ou solução.

[...] quando vai usar glicose 25% ou quando o bebê tem condição de fazer sucção não nutritiva, a gente coloca o dedinho com luva para evitar a dor. (G1E2)

Aí, a gente procura fazer essa sucção não nutritiva com a chupetinha e o casulozinho, mas a gente coloca uma gotinha de glicose, não colocam 1 ml que é o que a gente faz antes do procedimento. A gente coloca ali só para ele sentir e ficar quietinho. (G1E4)

Ainda sobre medidas não farmacológicas, a contenção, o enrolamento e o posicionamento do bebê em ninhos são estratégias não farmacológicas também referenciadas. O enrolamento consiste em envolver o RN em lençol, restringindo, assim, os movimentos dele, sendo esta técnica denominada por alguns entrevistados como casulo, envelope ou rolinho. Independente da nomenclatura, é utilizada com a finalidade de diminuir a dor e o estresse causado pelos procedimentos dolorosos.

Algumas falas a seguir apresentadas descrevem a importância de adotar o ninho como método de conforto para o RN. O ninho consiste na utilização de um rolo feito de pano, flexionado na forma de “U” ou “O”, em que o bebê é posicionado em seu interior. Este promove a contenção de todo o corpo do bebê, sendo excelente método não farmacológico para controle da dor e do estresse e promoção do bem-estar.

É você botar ele enroladinho em casulo, é você fazer um acalento. Então, tudo isso já ajuda muito na questão da dor. São coisas simples, mas que muda muito o quadro do bebê nesse sentindo. (G2F2)

A gente usa a glicose, a gente usa o rolinho para aconchegar mais o bebê, até colocar no colo, às vezes, a gente coloca por conta da ausência da mãe, que às vezes, não vem muito na UTI. Então, todos esses cuidados a gente procura fazer para que amenize essa dor do RN, para que a gente cuide dessa dor do RN. (G1E4)

[..] a gente utiliza o envelope, a gente envelopa o bebê quando vai fazer algum procedimento que cause dor, ou até mesmo quando o bebê esta manifestando

um incômodo, uma dor. A gente envelopa esse bebê para ele relaxar e ele acaba relaxando. (G1E1)

A gente faz o casulo do bebê em qualquer procedimento como numa punção, o dedo enluvado, o bebê fica super calmo e tudo facilita a questão do procedimento doloroso que se torna mais rápido e menos doloroso. (G3RT1)

Os nossos bebês todos eles ficam envolvidos num ninho, então, a gente tenta posicionar o bebê numa posição que ele se sinta bem confortável. A gente envolve, eles ficam dentro de um ninhozinho e, aí, a gente tenta fazer o possível para que esse bebê tenha um bom conforto. Porque estando no ninhozinho e dentro da incubadora aquecido, eles se sentem seguros. (G1T4)

As meninas têm sempre o cuidado de deixar o bebê, ele fica no ninho confortável, numa posição bem confortável para ele melhorar, se sentir mais seguro. (G1E2)

A contenção também é uma técnica para promover a organização corporal e aliviar a dor em procedimentos dolorosos. Os profissionais relatam fazer a flexão das extremidades inferiores e superiores da criança, deixando as mãos dela próximo à boca para minimizar a dor do RN.

Tem algumas, como a contenção facilitada, existem formas de colocar a mão na cabeça, uma mão na perna. Então, quando a gente o contém dessa forma, diminui. (G2F3)

Geralmente, a gente usa mais quando faz algum tipo de manuseio. Faz algum tipo de contenção, para poder ele se sentir mais confortável e sentir menos dor. Não que ele não vá sentir, pois com certeza ele vai sentir. A gente o enrola num charutinho, para poder ele sentir menos dor. (G2F4)

[...] de repente, o bebê está chorando, chorando, com expressão de dor e tal, eu já vi algumas situações na enfermeira mesmo colocar o bebê, fazer canguru com o bebê, ficar ali com ele, assim como o técnico também. (G1E1)

Outra medida não farmacológica referenciada para alívio da dor foi o contato pele a pele, realizado entre a mãe e o filho. O Método Canguru é realizado naquelas crianças que se apresentam clinicamente estáveis, sem necessidade de aporte ventilatório, visto que os benefícios na redução do estresse, agitação e dor são perceptíveis, como descrito nas falas:

E sempre que a gente tem a oportunidade de colocar eles no colo, que a mãe está presente, e se a gente ver que o bebê tem condição de ficar no colo, a gente coloca, que eles ficam bem calmos mesmo. É maravilha quando eles estão no canguru. (G1E5)

O Método Canguru, a posição canguru, em alguns que tem condição de ser colocado, ela também funciona como uma medida de dor. (G1E6)

Às vezes, o bebê é muito pequenininho, esses prematuros extremos, o que dá para a gente fazer canguru sem aporte de O₂, a gente coloca com a mãe e sempre a gente é cobrado de que o bebê tem que ficar com a mãe fazendo canguru. A gente procura colocar a mãe num lugar confortável e você observa a diferença. Se ele está irritado e vai para o colo da mãe, ele passa a ser outro bebê. (G2T1)

[...] procuro as mães para entrar na UTI para ter o contato pele a pele com o filho. A gente coloca o bebê para fazer canguru, a gente tenta confortar o bebê o máximo possível na incubadora, no posicionamento correto, para que este bebê se sinta confortável. (G1T4)

Mesmo eles entubados, eles estão inquietos, estão fazendo o desmame, parâmetros já estão baixo, e quando a gente coloca no contato pele a pele, pronto! Melhora saturação, ameniza taquicardia, eles ficam super tranquilos, e a gente tem muito êxito na retirada o mais precoce possível de ventilação não invasivas e em tudo, na progressão da dieta, e menos infecção, e consome menos a equipe por que está ali com a mãe. (G3RT1)

É contato pele a pele com a mãe, então, nesse momento, se ele está em contato pele a pele com a mãe, já está comprovado que esse contato, que esse aconchego é uma medida para amenizar essa dor. (G3RT2)

Além do colo materno, o colo dos profissionais também é usado para promover o acalento e aliviar o desconforto dos RN, como indicado por uma enfermeira e fisioterapeuta participantes do estudo. Esta última destaca ainda que antes de pegar o bebê e colocá-lo no braço, pergunta ao profissional que está realizando o procedimento doloroso se não vai trazer dificuldades para ele na execução da técnica. Este questionamento justifica-se pelo fato de que o alívio da dor não deve se sobrepor à correta execução do procedimento técnico, mas que ambos devem ser realizados em conjunto.

Tem momento que nós mesmos os colocamos no colo, porque eles estão ali, ficam agitados, choram muito. E, na ausência da mãe, tem vez que a gente os coloca no colo por alguns instantes e depois a gente devolve para a incubadora. (G1E5)

Eu já pego o bebê no colo e pergunto para as colegas: posso segurar no colo para você fazer a punção? Eu me sento na cadeira, acalento, coloco no braço, não é nem o pele a pele, mas é pôr no braço pra acalmar, por que o pele a pele é feito só entre mãe, pai e filho. Eu seguro o bebê no colo, pergunto para os envolvidos se isso é possível e se não vai dificultar o trabalho, então, eu já faço dessa forma. (G2F2)

Na UTIN onde este estudo foi realizado, prioritariamente, são utilizadas medidas não farmacológicas para alívio da dor. No caso do RN não responder satisfatoriamente a estas medidas, são, então, implementadas as farmacológicas, descritas na subcategoria **Empregando medidas farmacológicas mediante autorização médica**. Os analgésicos a serem

administrados ficam prescritos a critério, no entanto, a equipe de enfermagem sempre se remete ao médico plantonista para comunicar acerca da condição do bebê, do emprego anterior das medidas não farmacológicas e, apenas após a autorização desde, o medicamento é administrado, como pode ser visto nos seguintes trechos:

A gente procura fazer essas medidas não farmacológicas e se, de repente, a gente percebe que o bebê não responde, continua desconfortável, com dor, aí, é o momento que é comunicado ao médico. Olha Dr., já fiz isso, fiz isso, já dei glicose, já envelopei ele, já fiz isso ou aquilo, e ele ainda continua desconfortável, choroso e tal. Aí, é nesse momento que ele passa, ele passa um analgésico para ser administrado. [...] Primeiro, a gente faz as medidas não farmacológicas e se o bebê não responde, não melhora, aí, a gente conversa com o médico para prescrever e ser administrado. (G1E1)

Mas, se a gente vê que mesmo com essa manipulação que a gente faz para tentar reduzir essa dor, deixar ele mais aconchegado, a gente vê que ele ainda continua com dor, então, a gente pede para a médica entrar com a parte farmacológica, para quando ele for fazer o procedimento, sofrer o menos possível. (G1E3)

Então, pela rotina, primeiro pela analgesia não farmacológica, se for necessário, a gente faz com o medicamento, mas não passa pela autoridade de ninguém não. (G1E5)

Primeiro, são empregadas essas medidas não farmacológicas e quando a gente percebe que não está sendo eficaz, aí, a gente emprega a medicação. Essa medicação fica prescrita só que a critério. A gente conversa com a enfermeira e o médico e como é a critério ele mesmo fala: Oh, faz essa medicação. (G2T2)

Medicação é praticamente o último, dos últimos casos. Depois de todos os procedimentos que é realizado que a gente vai para os últimos dos últimos casos que é conversar com o médico. A medicação fica prescrita, mas só é administrada depois que a gente faz todas as condutas e não tem efeito. (G2T4)

Os analgésicos não opioides podem estar prescritos de horário ou a critério médico. Nos casos de dores leves, é administrado dipirona ou paracetamol e, nas mais intensas, como nos pós-operatórios, pode ser utilizado o tramal de forma isolada ou associado à dipirona. Nos RN submetidos a procedimentos cirúrgicos, a analgesia é uma rotina, já ficando prescrito de horário. Nos demais casos, fica a critério médico, e este define se autoriza a administração após avaliação de cada caso.

Mas, geralmente, para esses bebês graves já tem a prescrição de analgésico, como a dipirona, a critério. Mas, aí, tem que ser a critério mesmo, a gente comunica o médico, aí, ele ver realmente a necessidade e ele orienta administrar. Quando não é um analgésico, assim comum é um sedativo no caso. (G1E2)

É nessa parte da dipirona, se você achar que ele não respondeu, então, vai para parte do Tramal. Mas, assim, o inicial mesmo é a dipirona ou paracetamol. Fica prescrito a critério, mas a gente sempre tem essa comunicação. Está acontecendo isso, está prescrito a critério. O que a senhora acha? A gente faz ou não faz? Sempre a gente tem essa comunicação. (G1E3)

[...] quando a gente percebe que o bebê está muito agitado, ou que o bebê já apresentou hipertermia, ou está com taquicardia, e a gente percebe que não foi feito nada que provocasse aquilo, que não foi feito uma punção, que não foi manuseado demais o bebê, e já tem na prescrição a dipirona critério, ou então, a gente comunica por plantonista ou ele faz essa prescrição da dipirona.(G1E4)

Essa questão do Tramal é mais em bebês cirurgiados, em pós-operatório que tem essa questão do Tramal. Às vezes, os médicos prescrevem associados, intercalando dipirona e o tramal. Quando a gente percebe que é uma dor mais intensa, aí, já tem o Tramal. (G1E4)

Tem remédio para dor de horário, mas o bebê continua irritado, então, ela acrescenta, a gente comunica que foi feito a medicação de horário, mas o bebê continua irritado, então, ela diz pra fazer o que está a critério. (G2T1)

Segundo relato de uma médica, a prescrição de analgésicos é feita de acordo com o porte da cirurgia, e quanto maior a cirurgia, maior será a necessidade de analgesia para o RN. Desta forma, algumas crianças em pós-operatório, além de medicação de horário, normalmente realizada com dipirona, podem receber outro analgésico opioide, o fentanil, ou um benzodiazepínico que tem efeito sedativo.

[...] se for cirúrgico, de acordo com a cirurgia, a gente deixa de acordo com o aporte da cirurgia. Quanto mais simples a cirurgia, menor a quantidade farmacológica de medicamentos. Se for uma cirurgia de grande porte, com uma criança que fez por exemplo uma gastrosquise, que está com dreno, a gente faz uma sedação maior e deixa analgésico de horário e sedação também, para o bebê não sentir dor. (G2M1)

A sedação em infusão contínua com midazolam acaba por minimizar o desconforto do RN, por promover a depressão do SNC. A morfina, apesar de ter um potente efeito no tratamento da dor, não é utilizada com frequência para alívio da dor no RN, como observado nas falas dos participantes.

[...] se for cirúrgico, de acordo com a cirurgia, a gente deixa de acordo com o aporte da cirurgia. Quanto mais simples a cirurgia, menor a quantidade farmacológica de medicamentos. Se for uma cirurgia de grande porte, com uma criança que fez por exemplo uma gastrosquise, que está com dreno, a gente faz uma sedação maior e deixa analgésico de horário e sedação também, para o bebê não sentir dor. (G2M1)

Às vezes, eles ficam com a sedação contínua, com fentanil, midazolam. E tem bebês que quando são crônicos, como por exemplo cardiopata, às vezes, já tem a prescrição de morfina pra eles. A gente sempre comunica. (G1E4)

Elas ficam a critério. Por exemplo: o uso de dipirona, caso o bebê necessite de fato tomar, tem lá a critério e a gente pergunta para o médico, ele autoriza e a gente faz. Bebês que são cirúrgicos, que precisam estar em analgesia bem alta, o uso de tramadol, eles também já deixam a critério, dependendo do bebê. Se for cirúrgico, já fica de horário, mas na maioria das vezes, ela fica a critério. A gente conversa com o médico, diz que o RN está com a face de choro, está muito agitado. Será que é bom a gente fazer uma dipirona, ou alguma coisa, por que ele está muito agitado? Aí, ele: “Não, tudo bem. Pode fazer!” Mas, é tudo entrado em consenso. “Ah, eu vou fazer porque eu acho que ele tá sentindo uma dor”. Não, aí, a gente conversa, relata o que a gente viu e, aí, ele autoriza a gente fazer ou não. (G1E5)

Se está sentindo dor, às vezes, é usado a dipirona, o tramal. A morfina esporadicamente se usa. [...] Os bebês que são cirúrgicos, eles ficam por um bom período de tempo e eles ficam com uma sedação contínua. Os cirúrgicos, porque eles vão sentir bastante dor.[...] A gente pergunta sempre, não é que vai ter que usar, administrar, só se apresentar dor. (G1E6)

Por exemplo, um bebê pós-cirúrgico, ele chega para a gente com efeito residual de anestesia e quando esse efeito residual vai passando, vai começando a sentir dor, então, por isso, que é introduzida a medicação, justamente para ter esse efeito mais positivo de minimizar. (G2F2)

[...] geralmente, faz analgésico, e quando ele está com dor, ele já fica com analgésico de horário, ou sedado, então, com relação à dor, a gente sempre conversa. (G2F3)

Além das medidas citadas, a subcategoria **Minimizando estímulos nocivos no ambiente da UTIN** descreve as estratégias empregadas pelos profissionais para minimizar as agressões sofridas pelo RN durante a permanência nas unidades neonatais e, assim, proporcionar mais conforto a eles. Entre estas estratégias, estão o controle da temperatura da incubadora e da sala, da incidência de luz sobre o RN e a tentativa de minimizar os ruídos dos equipamentos e dos profissionais.

O controle dos ruídos é visto com dificuldade, pois os alarmes emitidos pelos monitores e bombas de infusão contínua são comuns nesse ambiente de cuidados. Os profissionais relataram, ainda, cuidado em aquecer o diafragma do estetoscópio antes de avaliar o RN, bem como as tentativas de evitar bater na incubadora, evitando, assim, o estresse da criança, conforme evidenciado nos discursos que seguem:

Então, tem essa questão do posicionamento, do cuidado com o posicionamento, tem a temperatura, manter a temperatura adequada da incubadora para manter um ambiente confortável, então, tem sempre esse cuidado da ambiência, de onde o bebê tá também. (G1E2)

Aí, à noite, a gente tenta ter o cuidado de não manusear, evitar o manuseio sem necessidade. Quando vai um profissional ou dois a gente já faz o manuseio de uma vez só para não ficar várias vezes no bebê, mexendo no bebê. A gente tem esse cuidado na questão da iluminação... se der para apagar a luz, a gente deixa uma parte apagada, uma parte acesa, para poder melhorar a ambiência da UTI. Barulho a gente não tem muito controle porque tem os monitores, mas a gente tenta deixar os monitores ajustados, mas tem sempre aquele barulho de UTI. Mas, a gente tenta ver como o todo, do ambiente e o cuidado quando vai manusear o bebê. (G1E2)

A gente tem o cuidado de deixar o estetoscópio para fazer o exame físico aquecido, com a ponta do estetoscópio já dentro da incubadora. Então, a gente tem todo o cuidado com a ambiência do bebê, de deixá-lo confortável. [...] A gente observa se o RN está fazendo face de dor, se tem algum sinal de dor e procura minimizar essa dor no RN inclusive, com relação a barulhos, batidas na incubadora, procura minimizar (G1E2)

[...] para deixar os bebês mais confortáveis, a gente tem a hora do soninho. O que a gente pode deixar ele menos manipulado, de luz apagada, de confortável, controle de temperatura [...] A gente sempre presta bastante atenção nesse controle de temperatura, controle de luminosidade. (G1E3)

E um dos métodos mais utilizados aí dentro é realmente a questão da ambiência, do silêncio, do conforto, do contato mais precoce com os pais, e isso alivia muito a questão da dor (G3RT1)

É tentar minimizar ruídos, tentar posicionar o bebê, é tentar dar o conforto para aquele paciente, para que ele se sinta confortável e não sinta dor. (G2T4)

O manuseio do RN é feito apenas quando necessário, pois os profissionais entendem que esta manipulação pode ocasionar dor ou desconforto neste. Existem relatos de tentativa de cuidado agregado entre a equipe multiprofissional, de tal forma que a avaliação da criança seja realizada de forma simultânea para minimizar a manipulação e conseqüentes manifestações dolorosas decorrentes desta prática.

[...] o bebezinho tem que ser manipulado só o mínimo do mínimo, porque às vezes só de tocar ele já sente dor. Então, por exemplo, quando a gente vai fazer procedimento, a gente vai examinar, a gente costuma ir todo mundo junto, para todo mundo examinar e ele passar mais tempo sem ser tocado. Aí a gente tenta diminuir esse quadro de dor de toda forma que a gente possa, mas claro, sabendo que nem sempre a gente pode manipular ele só naquele horário, pois às vezes pode ter alguma intercorrência que a gente tenha que manusear fora do horário. (G1E3)

Quando um vai avaliar o bebê, vai logo médico, vai logo fisio, para não ir primeiro um médico, aí, depois vai lá o fisio e mexe de novo, aí depois vai o enfermeiro e mexe de novo. Então, a gente procura está sempre agregando esse cuidado, se vai um, vai logo os outros profissionais para avaliar o bebê. (G1E4)

[...] porque se ele está sua situação de estresse, ter o mínimo manuseio e posicionar da forma mais confortável possível para ele nesse relato de dor. Eu estou falando em relação à fisioterapia, a gente posiciona, procura um modo que fique mais confortável para o paciente. (G2F4)

Quando eu vejo que o recém-nascido ele expressa dor no manuseio, eu tento o máximo não manusear ele tanto. Eu tento o máximo fazer o mínimo de troca de fralda, fazer uma dieta por sonda, não ficar virando, fazendo mudança de decúbito de hora em hora porque o médico já deixa prescrita a mudança de decúbito de tantas em tantas horas. (G1E3)

A fala de duas enfermeiras destacou o manuseio da criança realizado por dois profissionais, o que elas denominaram de cuidado a quatro mãos durante a realização de um procedimento potencialmente doloroso, a fim de garantir o conforto do RN. Essa estratégia pode ser realizada em associação a uma medida não farmacológica para alívio da dor ou desconforto.

[...] mas, mesmo assim, quando elas vão fazer algum procedimento, elas têm o cuidado de fazer com quatro mãos de chamar outra para ajudar e ter algum cuidado com alguma medida não farmacológica, como a sucção não nutritiva ou a glicose, tem sempre esse cuidado mesmo na correria. (G1E2)

Se a gente vai fazer alguma punção, a gente tem o cuidado de procurar aconchegar. Tem o cuidado de quatro mãos: a outra pessoa fica com a mão sobre o bebê para aconchegar mais ele, enquanto a enfermeira vai fazer o procedimento, de coleta, troca de curativo, PICC. (G1E4)

Importante destacar que para um efetivo manejo da dor, é importante que haja a colaboração de toda a equipe. Este aspecto é discutido na categoria **DESENVOLVENDO A COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL**. A UTIN apresenta equipe que agrupa profissionais de categorias distintas e que trabalham de forma interativa, comunicando-se entre si e trabalhando em busca de um objetivo único que é oferecer um cuidado integral ao RN.

Assim, na subcategoria **Trabalhando em conjunto**, observou-se que a equipe intesdisciplinar que presta o cuidado direto ao RN procura trabalhar de forma conjunta, integrada, para que se tenha continuidade do cuidado, como pode ser observado nos relatos seguintes.

É um trabalho realmente em equipe. Quando um percebe alguma coisa, já passa para o médico, para todo mundo ficar de olho, para mudar aquele quadro. Então, a equipe da gente é uma equipe bem atenciosa, bem atenciosa com tudo. (G1E3)

É uma equipe integrada, sempre a gente tenta observar cada um para dar continuidade, porque não adianta a gente fazer um serviço e chegar outro e

desmanchar o que você fez. Então, a gente tenta ter sempre esta continuidade. (G1E3)

Então, todo mundo consegue trabalhar junto e identificar se de fato aquele RN está com dor ou não. (G1E5)

Eu acho que em conjunto, por que assim que a gente observa que o bebê está sentindo uma dor a gente sempre comunica a equipe para poder ser feito algo, seja medicação ou não. (G2F1)

Nas falas seguintes, evidencia-se que alguns profissionais compreendem o trabalho em conjunto como interdisciplinar. Este pode ser observado quando um profissional procura auxiliar o outro na execução do procedimento técnico ou ainda emprega alguma medida não farmacológica, como a glicose 25% antes do procedimento ou durante este, com intuito de promover o alívio da dor, como evidenciado nessas falas:

E, aí, a gente também tem sempre a preocupação de quando tem um procedimento assim, que a gente sabe que ele vai fazer, então, a gente dá um remediozinho antes, pois a gente sabe que o bebê vai ter esse sofrimento, vai ter essa dor. A gente tenta preparar esse bebê antes, para quando o médico chegar, ele já está mais tranquilo. (G1E3)

Se o cuidado é a quatro mãos, eu enquanto técnico que estou cuidando daquele RN e eu estou percebendo que ele vai precisar ser aspirado, vai fazer alguma manobra que vai gerar dor nele, se tem um atendimento de fisioterapia era para eu mesmo saber. Oh, isso vai gerar dor, deixa eu colocar logo as gotinhas de glicose antes. (G1E6)

Percebe-se que há a necessidade da equipe na condução do processo terapêutico, já que nenhum profissional sozinho consegue agir frente às diferentes dimensões que a dor acarreta. Portanto, para uma assistência integral, além de instrumentos para mensuração da dor e boas práticas, torna-se de fundamental importância este trabalho em conjunto dentro das unidades neonatais.

Os participantes destacaram também que a comunicação da presença ou ausência da dor no RN internado deve acontecer entre toda a equipe de saúde, para que todos estejam atentos aos fatores desencadeantes e às medidas de controle do processo algico. Deste fato, surgiu a subcategoria **Dialogando com os profissionais da equipe**.

Os profissionais comunicam-se entre si, seja durante o turno de trabalho ou na passagem de plantão com a equipe que está iniciando a jornada de trabalho. Essa transmissão de informação acontece tanto de forma horizontal (entre os profissionais da mesma categoria) quanto de forma vertical (entre categorias diferentes). Os fisioterapeutas e técnicos de

enfermagem relataram comunicar a presença de dor tanto para o médico quanto para os enfermeiros da unidade, como destacados a seguir:

Eu acho que quando a gente está passando o plantão a gente sempre relata. Olha eu achei que o bebezinho do leito tal ele está mais sensível, está sentindo mais dor. (G2F1)

A gente conversa, é como eu te falei, a gente conversa com o médico, olha o bebê está com dor [...] Eu falo com o médico que o bebê tá com dor e sempre aviso a enfermeira também, por que elas que checam, para passar o plantão e os técnicos que fazem o medicamento. Mas, geralmente, todo mundo escuta, por que fica todo mundo perto. (G2F3)

A gente comunica junto com a enfermagem, fala o que poderia está ajudando esse paciente. A gente também interage mais com o pessoal da enfermagem, assim em relação a esses cuidados. (G2F4)

Aí, a gente comunica para o médico e o médico diz: “faça alguma medicaçãozinha”, pois ele pode estar sentindo alguma dor. (G2TE3)

É comunicado para o enfermeiro, é comunicado para o médico. Mas, antes de comunicar, a gente já faz todo procedimento para o que o bebê se sinta confortável. Caso precise, a gente vai direto ao médico. (G2TE4)

Neste estudo, os enfermeiros estabeleciam comunicação com o médico, com a finalidade de obter intervenção analgésica, ou autorização para administrar a medicação prescrita a critério. Quando este fato acontece, a equipe de enfermagem já empregou medidas não farmacológicas, porém sem êxito para minimizar a dor ou o desconforto do RN.

[...] aí, a gente já tenta intervir ou através de uma medida não farmacológica ou através de uma analgesia, mesmo com medicamento, comunicando ao pediatra, solicitando avaliação para medicação para dor. (G1E2)

Quando a gente percebe que esse bebê tem dor, a primeira coisa é que a gente comunica para os plantonistas, a gente tenta manipular o bebê para deixá-lo mais confortável. E se de todo caso, a gente vê que ele continua sentindo dor, vai mais para parte de medicamentos. (G1E3)

Dependendo de algum bebê, a gente já comunica para a equipe médica a necessidade de algum medicamento para ser feito, alguma sedação. É trabalhar em conjunto mesmo. Se eu ver que o bebê está muito agitado e ele precisa de alguma analgesia, eu já comunico para a equipe médica para os técnicos possam está executando. (G1E5)

Aí, primeiramente, eles fazem medidas não farmacológicas por eles mesmos. Organizam o bebê, às vezes, até um posicionamento, mas quando vai persistindo muito, que ele fez várias coisas e não deu certo, eles vão e comunicam. E é reavaliado e ver se realmente precisa, mas, muitas vezes, é necessário fazer analgésico. (G2M1)

Assim, é de extrema importância que um fluxo de comunicação seja adequadamente estabelecido entre a equipe, na intenção de que a prevenção, a identificação e o tratamento da dor sejam alcançados.

Na categoria **PERCEBENDO O PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM NO CUIDADO COM A DOR NEONATAL**, percebe-se nas falas dos participantes do estudo que o protagonismo do cuidado com a dor neonatal é exercido pela equipe de enfermagem, apesar do envolvimento e esforço de todos os profissionais para evitar e minimizar a dor e/ou desconforto, durante a permanência do RN na UTIN, como expresso:

Os outros profissionais, assim como da enfermagem, tem esse cuidado de ao manusear o bebê, tentar evitar algum processo que cause dor, quando faz algum procedimento, mas a enfermagem tem aquele cuidado maior. (G1E2)

A fala do médico ressalta que o quantitativo de técnicos de enfermagem por leito neonatal (um técnico para cada dois RN) acaba sendo fator facilitador no cuidado, na identificação da dor e consequente manejo desta.

A equipe de enfermagem como é um técnico para dois leitos, para dois bebês, acaba que ele manipula muito mais o bebê, manipula de três em três horas, salve lá um bebê que é neuroproteção, que você não manipula tanto. Mas, como eles manipulam mais do que o médico, eles percebem mais se está tendo dor. (G2M1)

Esse destaque também é justificado pela maior proximidade da equipe de enfermagem com o RN durante o período de internação, prestando assistência direta, contínua, segura e eficaz. Esses profissionais acabam tendo maior oportunidade de estar próximo dos neonatos e, conseqüentemente, poder estabelecer com mais facilidade o vínculo afetivo, como se observa nestas falas:

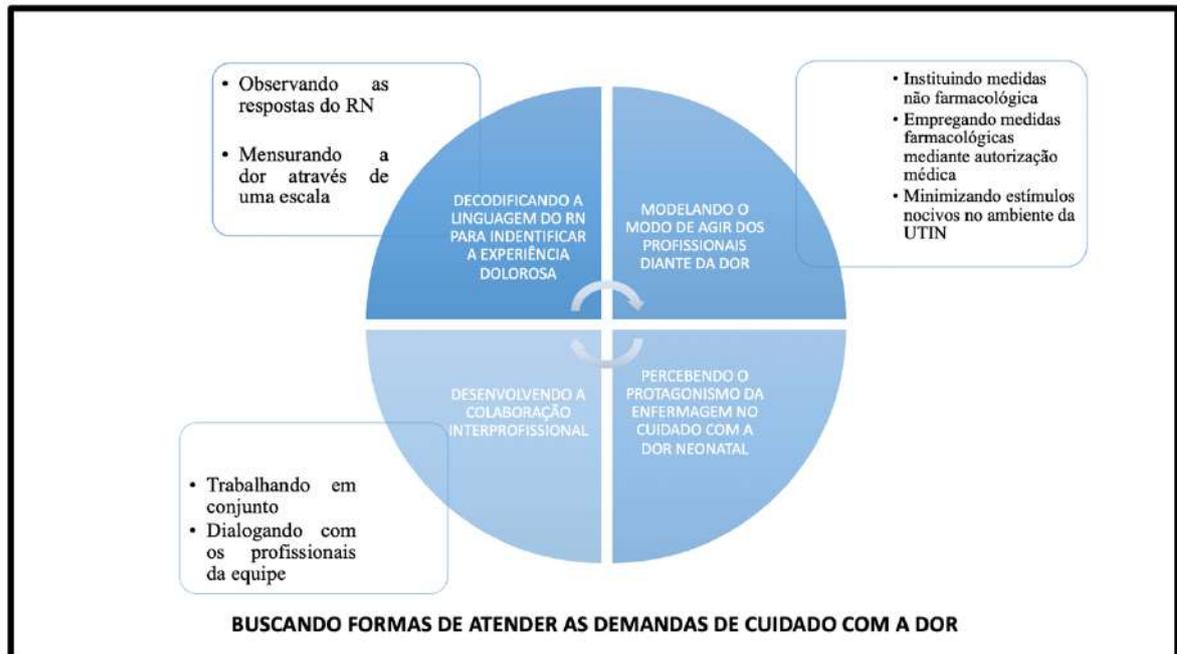
Eu acho que essa parte é da enfermagem, que é quem está mesmo em cima, que é a que manipula o bebê, que mais observa, que está mais em contato com esse recém-nascido. (G1E3)

Na equipe multiprofissional, o destaque é da equipe de enfermagem, porque os médicos eles prescrevem ali, mas não fica, não tem aquele cuidado de ficar ali observando. Faz a prescrição ali, prescreve o que é para fazer, mas é a equipe de enfermagem que está ali mais perto, com esse olhar mais cuidadoso para realizar isso. (G1E4)

Assim [...] quem está mais envolvido se a gente for ver é realmente a enfermagem, porque a enfermagem fica ali praticamente 24h com o paciente, com o neonato. (G1E5)

A Figura 7 representa, portanto, as ações-interações com as respectivas categorias e subcategorias.

Figura 7 – Diagrama representativo do fenômeno Buscando formas de atender às demandas de cuidado com a dor



Fonte: Autoria própria.

5.2.3 QUALIFICANDO ESTRATÉGIAS DE CUIDADO JUNTO AO RN COM DOR

Destaca-se aqui o último componente do modelo paradigmático, trazendo as consequências, ou seja, os resultados da ação-interação. Este fenômeno é apresentado por duas categorias e oito subcategorias (Figura 8).

Figura 8 - Diagrama representativo do fenômeno Qualificando estratégias de cuidado junto ao RN com a dor



Fonte: Autoria própria.

Na categoria **DELIBERANDO NOVAS PRÁTICAS PARA O GERENCIAMENTO DA DOR**, os profissionais elencaram as atividades que devem ser realizadas, a fim de melhorar a qualidade do cuidado ao RN submetido a procedimentos dolorosos ou desconfortantes, como ajuste de protocolos, implementação de outras escalas de dor além de utilizar práticas não rotineiras para minimizar a dor.

O protocolo de manejo de estresse, dor e sedação no RN existente na instituição é direcionado para médicos e enfermeiros, uma vez que descreve a prevenção da dor, além de apontar os tipos de tratamentos não farmacológicos, as medidas de conforto e o tratamento farmacológico, incluindo orientações de posologia, indicação de analgésicos opioides, não opioides e locais.

No entanto, apesar de existente, os profissionais relataram ser necessário revisar o protocolo atual, que deverá ter linguagem mais clara e objetiva que facilite a atuação de toda a equipe interdisciplinar, como pode ser confirmado nas falas da subcategoria **Revisando o protocolo**.

[...] eu percebo que a gente precisa ainda melhorar bastante, que a gente precisa ajustar a questão de protocolos, de rotina, precisa trabalhar a consciência dos profissionais, da equipe multiprofissional por que, por mais que a gente saiba das medidas não farmacológicas, mas a gente sabe que uma

boa parte dos profissionais, tipo médicos, ele já quer logo passar uma medicação, querem uma resolução mais rápida. (G1E1)

Eu acho que precisaria ter uns protocolos mais criteriosos, no sentido de não serem tão subjetivos. Já tem instituições que tem escalas que são aplicadas e dar para especificar melhor essa questão da dor, pois ela, às vezes, é muito subjetiva, e a gente não pode estar medicando o bebê sem saber se ele está ou não está com dor. (G1E2)

Além de revisar o protocolo, a fala de uma responsável técnica revela a necessidade de divulgação deste documento entre a equipe, para que todos tomem conhecimento e passem a implementar no dia a dia as recomendações descritas, contribuindo para melhoria da qualidade do cuidado ao neonato.

Eu acho muito interessante e eu acredito que essa divulgação é muito importante, é de importância fundamental para os nossos bebês porque a gente sabe que a dor é algo que incomoda todos, está presente e a gente sabe que é algo que incomoda, que interfere, estressa o bebê e tem uma série de consequências. (G3RT2)

Uma outra prática sugerida está descrita na subcategoria **Implementando nova escala para avaliação da dor**, em que os profissionais sugerem implementar uma outra escala para mensuração da dor neonatal que seria utilizada em associação com a Escala NIPS. A justificativa para isso estaria no fato da NIPS apesar de ser uma escala multidimensional utilizada para avaliação da dor tanto em RNT como RNPT não seria a mais adequada a este último grupo.

Outrossim, os profissionais veem a necessidade de ter uma escala para avaliação de dor no pós-operatório, como a CRIES, pois a maternidade, por ser referência no estado para cirurgia neonatal, recebe muitas admissões de RN na UTIN com esse perfil. As falas apresentadas a seguir dão suporte a estas informações:

[...] que é a questão da gente rever a escala que a gente está utilizando, se tem possibilidade de implantar a escala que são para os pacientes cirurgiados [...] Tem uma escala que ela é mais atualizada do que a NIPS que está no livro da Raquel Tamez que a gente nunca nem conseguiu implantar essa escala aqui, aquela mais nova. (G1E6)

Mesmo usando a Escala de NIPS, às vezes, ela não é adequada para um bebê muito extremo [...] Não sei qual o tipo de escala teria que ser usado [...] já tem instituições que tem escalas que são aplicadas e dar para especificar melhor essa questão da dor, pois ela, às vezes, é muito subjetiva [...] (G1E2)

Nós somos referência para a cirurgia pediátrica, e a gente precisa de outra escala, tem bebês comatosos também, mas tem que avançar devagar. (G3RT1)

Os profissionais perceberam ainda como importante a inclusão dos pais/ família no manejo da dor, seja participando da identificação das manifestações dolorosas no RN ou realizando o canguru, quando possível, pois esta prática diminui os sinais fisiológicos e comportamentais produzidos pela dor. Os discursos da subcategoria **Incluindo os pais/família no cuidado** destacam essas informações:

Então, na minha visão, eu acho que seria interessante incluir os pais nesse processo de dor, para, de fato, ele conseguir identificar também e ajudar a equipe ou mesmo quando eles estiverem fora da UTI, acho que seria válido. (G1E5)

Eu acho que o essencial trazer esses pais aí para dentro por que eles nos ajudam muito, pois o método canguru é o melhor cuidado para o recém-nascido, sem dúvida nenhuma com relação a isso. (G3RT1)

Para facilitar esse momento, ressalta-se que os pais/família precisam receber orientações sobre o manejo da dor como recomenda a literatura científica. Por meio de encontros semanais, os profissionais orientam os pais a identificar manifestações de dor ou desconforto na criança, a minimizar situações que possam irritar o RN e realizar o toque terapêutico como medida não farmacológica de alívio da dor, como identificado nos relatos:

E, com relação ao trabalho, a gente faz sempre as rodas de conversa [...]Todas as terças-feiras, a gente faz roda de conversa com as mães, intensificando a importância delas de estarem aí dentro, nos ajudarem na questão do cuidado, do conforto, de estar mais atenta aos sinais de dor do bebê, pois quando ele está irritado [...] (G3RT1)

A gente realiza também uma reunião semanal com os pais aqui na UTI, com a família. Reunião tira dúvidas também. Até a forma deles abrir a incubadora, tocar no bebê [...] não é aquele toque de alisar, é toque firme e seguro. Então, a gente os orienta também. (G3RT2)

A subcategoria **Realizando procedimentos em posição canguru** mostra que na rotina, os profissionais têm procurado realizar procedimentos dolorosos como a passagem de uma sonda ou a troca desta, o Teste do Pezinho e até a coleta de sangue para exames com o RN em posição canguru, por entenderem que manter o bebê nesta posição, durante a realização do procedimento, teria efeito analgésico, como pode-se ler nos seguintes trechos:

Tem certos procedimentos [...] por exemplo, eu já passei sonda com bebê em canguru. O teste do pezinho que a gente faz aqui, mas a gente já coleta da

coleta de sangue, não faz mais aquela coleta do pezinho do bebê, para evitar mais uma dor, então, a gente já faz pela coleta de sangue. (G1E4)

A gente está na hora da coleta do teste do pezinho, está com bebê em posição canguru, vai colocar na incubadora? Não, vai fazer essa coleta com o com bebê em posição canguru, porque vai amenizar a dor do bebê. [...] Então, para que que a gente vai tirar, colocar na incubadora [...] Então, a gente já conversa com o funcionário do teste do pezinho para coletar com o bebê em posição canguru porque vai também amenizar a dor do bebê. Trocar a sonda. Ah, o bebê está em posição canguru, troca também porque ameniza a dor do bebê. São essas medidas do que pode trabalhar com a equipe, do que você pode fazer com o bebê em posição canguru para amenizar a dor do bebê. (G3RT2)

Além da comunicação, do acompanhamento interdisciplinar, uma outra estratégia importante para correta prevenção, identificação e tratamento da dor são as ações educativas. Em vista disso, a categoria **DESTACANDO A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FERRAMENTA POTENCIALIZADORA DO CUIDADO** apresenta a reflexão dos profissionais assistenciais acerca do processo de trabalho na UTIN e da necessidade de promover a transformação de algumas práticas, como observado nesses relatos:

Eu só queria acrescentar que essa questão da dor do RN é algo que precisa ainda ser bastante trabalhado com as equipes. (G1E1)

Então, a gente precisa desse cuidado continuado, dessa capacitação. Então, tem programação para esse ano para realizar treinamentos. (G3RT2)

A educação permanente tem como objeto a transformação do processo de trabalho, orientando para melhoria da qualidade dos serviços. Neste sentido, algumas ações vêm sendo desenvolvidas no dia a dia para favorecer a saúde dos RN, como as rodas de conversa e *rounds*. Na subcategoria **Realizando rodas de conversas e reuniões**, os dados mostram que essas ações são realizados com os profissionais da equipe de enfermagem durante o horário de trabalho deles e tem por objetivo discutir problemas relacionados à assistência aos RN, esclarecer dúvidas e apontar soluções para que tais problemas não aconteçam novamente, como indicado pelos participantes do estudo:

Agora a gente tem retornado, está retornando gradualmente as capacitações, aos treinamentos. Então, ultimamente, a gente tem feito mais reuniões e conversas no dia a dia. A gente retornou as rodas de conversa. Então a gente tem conversado. Com os enfermeiros, a gente faz reuniões mensais e conversas no dia-a-dia. Com a equipe técnica são realizadas mais rodas de conversas. Então a gente faz essas rodas de conversa falando sobre os cuidados [...] (G3RT2)

Aqui na UTIN é mais roda de conversa e no dia a dia o que a gente vem observando, e conversas mais pontuais e através dessas rodas de conversa e reuniões. (G3RT2)

Aí, no dia a dia tem os rounds rápidos no início do plantão [...] (G3RT1)

Hoje, a gente está tentando fazer esses rounds que são essas reuniões rápidas dentro da própria UTI e a gente tenta mostrar que quando a gente faz; olha vamos pensar que esse bebê poderia ser se filho, seu neto, seu sobrinho e o que a gente não quer para a gente, a gente não quer para os outros [...] (G3RT2)

As reuniões, geralmente, têm periodicidade mensal e, dentre outras questões, são discutidas as medidas de alívio da dor empregadas na UTIN, a valorização das medidas não farmacológicas em detrimento das farmacológicas como prevê os *guidelines* de cuidado com a dor neonatal.

Então, a gente está sempre enfatizando, sempre solicitando aos colegas que ao realizar os procedimentos utilizem as medidas não farmacológicas para alívio da dor ou ao realizar os cuidados com o RN. [...] Todo mês, a gente faz uma reunião e, nessas reuniões, a gente sempre está enfatizando essas questões, no cuidado com a dor [...]. (G3RT2)

O resultado desses encontros foi visto por uma enfermeira participante do estudo como ação que melhorou a adesão dos profissionais, e a conscientização deles da necessidade de fazer um adequado gerenciamento da dor.

Por mais que eu sinta que no meu setor, a gente tem trabalhado, eles têm aderido de forma bem consciente, desse cuidar, desse olhar da dor neonatal, mesmo assim, eu percebo que a gente precisa ainda melhorar bastante [...]. (G1E1)

Observou-se, ainda, na fala das responsáveis técnicas que a gestão tem se preocupado em realizar simulações de situações vivenciadas na prática real de cuidado com o RN, como mostra a subcategoria **Programando simulações realísticas**. Esta estratégia é vista como importante, pois permite aos profissionais identificar os problemas e as soluções, tornando-os assim mais reflexivos e aptos a desenvolver novas habilidades e competências para o fazer. Em **Sensibilizando sobre o manejo da dor**, as narrativas descritas retratam ainda o incentivo da gestão da maternidade para participação dos profissionais nas sensibilizações do Método Canguru, pois entendem este como norteador do cuidado e essencial para a assistência ao RN.

A gente tem as oficinas de sensibilização, a última da maternidade parece que foi em novembro do ano passado que nós tivemos. À coordenação, a gente pede que os multiprofissionais que não é só da enfermagem e a gente faz uma oficina, inclusive faz uma sensibilização simulando um paciente e os

procedimentos, a zuada, o barulho, o toque para eles se sentirem [...] então, essas são as medidas mais adotadas, o conforto, o toque positivo. E a gente faz as rodas. Eu, geralmente, aqui faço com a equipe técnica, e os enfermeiros também eles participam. Uma vez por mês, a gente escolhe um tema que geralmente são os problemas que mais aconteceram dentro da UTI, então, a gente reúne para discutir. (G3RT1)

[...] digamos nos pontos básicos do método canguru também é o cuidado com a dor, então, a gente está organizando sensibilizações sobre o método canguru para toda a equipe da UTI e não somente para equipe de enfermagem, porque a gente tem que capacitar, sensibilizar toda a equipe e um dos pontos cruciais também é o cuidado com a dor. (G3RT2)

Na subcategoria **Discutindo sobre o manejo da dor**, os participantes do estudo citaram como temáticas a serem trabalhadas com as equipes o manejo da dor, em especial a avaliação da dor. Neste, o foco deveria ser a Escala NIPS que, apesar de ser um instrumento importante para padronizar e facilitar a avaliação da dor, vem sendo banalizada por alguns profissionais. Desta forma, a sensibilização da importância de se utilizar esta escala na prática diária, não apenas para identificar a dor, como também para avaliar a efetividade das intervenções realizadas, é vista como importante tanto para os técnicos de enfermagem como para os demais profissionais envolvidos no cuidado.

E eu acho que um treinamento sobre o manejo da dor seria super importante, escalas de dor, de como reconhecer um recém-nascido com dor, eu acho que seria super importante. (G2F2)

Treinar. Treinar e incentivar cada vez mais a utilização desse instrumento. (G2TE2)

Inclusive, está no plano de trabalho de ação do Qualineo treinar agora em junho todas as equipes para a escala de dor e sensibilizar a equipe multiprofissional também para nos ajudar também, por que a gente não pode deixar, delegar tudo para equipe técnica [...] tem que treinar com relação à escala de NIPS por que ela é, muitas vezes, ela é banalizada pela equipe. (G3RT1)

A necessidade de educação permanente sobre a NIPS é justificada pela alta rotatividade de técnicos de enfermagem na UTIN, fazendo-se necessário discutir esta temática com frequência com as equipes que estão chegando como destacado nas falas seguintes. Os profissionais efetivos da instituição receberam previamente as orientações no período em que a escala foi implantada no serviço.

[...] só que eu confesso que no setor, da UTIN 2 a gente precisa estar capacitando, treinar melhor as equipes, por que a equipe de enfermagem que faz o NIPS e aí eu percebo que como tem uma certa rotatividade de

profissionais, de repente sai profissional, chega novos e a gente acaba esquecendo de estar treinando novamente. (G1E1)

[...] a gente já sentiu a necessidade de trabalhar a escala NIPS com o nível técnico, pois nós temos uma rotatividade muito grande de profissionais, tem muita gente nova, que apesar de estar lá o impresso, da gente explicar para ele o que é, mas muitas vezes ele passa realmente despercebida a questão da dor. (G3RT1)

Assim, quando essa escala foi implantada, já foi feito esse treinamento, mas como tem essa rotatividade, já tem programação para que eles sejam novamente treinados em relação a escala NIPS, inclusive a coordenação médica se dispôs a ajudar nesse treinamento. (G3RT2)

Para os fisioterapeutas, as ações educativas devem ter como público-alvo prioritário os técnicos de enfermagem, pois estes profissionais são aqueles que permanecem mais próximo do RN durante o plantão, prestando assistência em intervalos de tempo pré-definidos, manipulam mais os neonatos e, portanto, teriam maiores chances de provocar dor ou desconforto durante suas práticas:

Eu acho que a equipe de técnico de enfermagem merecia um treinamento sobre dor, por que, muitas vezes, eles manuseiam demais, aquele *over stress* na criança. (G2F3)

[...] mas, seria legal ter esse treinamento de avaliação da dor para equipe de técnico de enfermagem, por que você percebe uma falta assim [...] Acho que para todos, na verdade, pois é como eu te disse é uma coisa muito pessoal, é uma avaliação minha, uma avaliação do outro, não tem como! (G2F3)

5.2.4 REDEFININDO O CUIDADO AO RN SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS QUE OCASIONAM DOR E/OU DESCONFORTO NO CONTEXTO DA UTIN

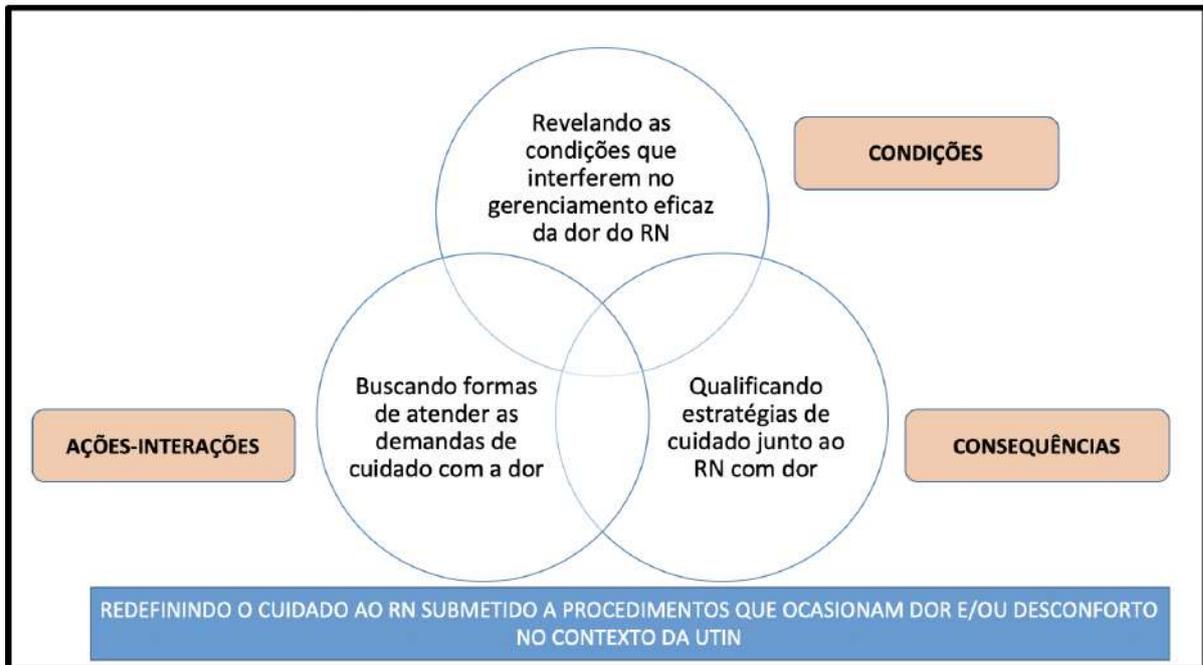
Os fenômenos aqui apresentados resultaram das ideias analíticas que emergiram dos dados a partir do entendimento de Corbin e Strauss (2015) que afirmam que ao procurar um fenômeno, buscam-se padrões repetidos de acontecimentos, ações e interações que representam aquilo que de forma simbólica, as pessoas fazem ou dizem, isoladas ou em conjunto, em resposta aos problemas e às situações nas quais elas se encontram.

O fenômeno central **REDEFININDO O CUIDADO AO RN SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS QUE OCASIONAM DOR E/OU DESCONFORTO NO CONTEXTO DA UTIN** foi fundamentado também nas premissas do interacionismo simbólico e representa como os profissionais de saúde agem em relação às demandas de cuidado com a dor e/ou desconforto do RN. Trata-se de fenômeno complexo, que implica e tem implicações

em questões como sensibilidade, atenção, carinho, respeito, conhecimento científico, competência, dentre outros. Exige esforço individual, mas também coletivo, bem fundamentados e focados, para que as condições que interferem no cuidado possam ser atenuadas ou até mesmo extintas e o objetivo de oferecer um cuidado integral ao RN seja alcançado. As ações dos profissionais têm como base o significado que o cuidado tem para eles, considerando que estes são derivados da inter-relação social que se estabelece.

Assim, a categoria central propõe a conexão e interconexão entre os fenômenos anteriormente apresentados: REVELANDO AS CONDIÇÕES QUE INTERFEREM NO GERENCIAMENTO DA DOR (condições); BUSCANDO FORMAS DE ATENDER ÀS DEMANDAS DE CUIDADO COM A DOR (ação/interação) e QUALIFICANDO ESTRATÉGIAS DE CUIDADO JUNTO AO RN COM DOR (consequências) que estão representados na Figura 9.

Figura 9 – Diagrama representativo do fenômeno central Redefinindo o cuidado ao RN submetido a procedimentos que ocasionam dor e/ou desconforto no contexto da UTIN



Fonte: Autoria própria.

O fenômeno REVELANDO AS CONDIÇÕES QUE INTERFEREM NO GERENCIAMENTO DA DOR representa as condições. Os profissionais descreveram as situações e os procedimentos muitas vezes invasivos, que provocam dor ou desconforto no RN e que estão presentes durante a internação na UTIN. Entendem ser necessário minimizar a

exposição desses RN a procedimentos dolorosos de repetição, uma vez que este fato pode comprometer o desenvolvimento do neonato.

As condições interventoras também foram identificadas no fenômeno estudado, considerando-se que podem elas facilitar, dificultar ou restringir as estratégias de ação/interação. Portanto, a constatação dos aspectos subjetivos envolvidos no cuidado foi compreendida como condição que facilita o processo de cuidar, por aproximar o ser cuidado daquele que cuida. No entanto, as fragilidades identificadas no processo de cuidar são condições que acabam por dificultar o gerenciamento eficaz da dor no RN.

Diante das condições em que o cuidado com a dor ocorre, os profissionais agem de diversas formas. Em BUSCANDO FORMAS DE ATENDER ÀS DEMANDAS DE CUIDADO COM A DOR, são vislumbradas as estratégias de ação/interação utilizadas pelos profissionais no ambiente de cuidados. Foi possível captar pelos dados que eles buscam métodos e instrumentos de trabalho para melhor realizar o cuidado.

Para tal, procuram identificar as manifestações de dor e desconforto expressadas por meio de manifestações comportamentais e/ou fisiológicas que são interpretadas e, na sequência, são instituídas medidas de alívio sejam elas ambientais, farmacológicas ou não farmacológicas. As relações interpessoais também são valorizadas como instrumento de cuidar. Agir de modo interdisciplinar mostra-se importante, pois deve existir na UTIN cuidado continuado a cada troca de plantão, tornando-se importante que os profissionais dialoguem acerca do estado de saúde do RN e de suas necessidades.

Pelos dados e pelo significado atribuído, percebeu-se que apesar de todos os profissionais procurem atender às demandas de cuidado dos RN, a equipe de enfermagem apresentava comportamento de destaque. O fato da equipe de enfermagem representar o maior quantitativo de profissionais na UTIN, associado ao maior tempo de permanência junto ao RN para realizar as atividades inerentes à profissão, além de ser a categoria responsável por avaliar a dor por meio de escala, pode ser entendido como fator contribuinte para este fato. Ademais, a formação do enfermeiro orientada para atender às necessidades biopsicossociais do ser cuidado, aliada à sensibilidade, bem como ao fato de muitos desses profissionais externar atitudes de cuidado que teriam com os “próprios filhos”, podem justificar o protagonismo da equipe.

O fenômeno QUALIFICANDO ESTRATÉGIAS DE CUIDADO JUNTO AO RN COM DOR elucida as consequências e os resultados atuais ou potenciais das estratégias de ação/interação utilizadas pelos profissionais no cuidado com a dor. As ações e interações podem

sofrer influência das condições em que o evento ocorre e, portanto, estas são capazes de alterar as consequências de acordo com os significados experienciados pelo agente social.

Do exposto, observa-se que no cotidiano da UTIN, os profissionais procuram minimizar a dor no RN, mesmo diante dos desafios vivenciados, como a dificuldade em reconhecer a dor, em razão da subjetividade do processo, da falta de educação permanente sobre o manejo da dor, das questões ligadas ao processo de trabalho, como deficiência de pessoal da enfermagem, da ausência de sensibilidade de alguns profissionais que parecem realizar as atividades no modo automático, dentre outras.

Diante dessa realidade, as estratégias apontadas pelos dados mostram ser necessário reforçar as atividades de educação sobre a dor que já vem sendo desenvolvidas, como rodas de conversas, reuniões, sensibilizações e treinamentos com temáticas referentes às dificuldades no manejo da dor vivenciadas diariamente, como com a identificação e mensuração da dor empregando a escala NIPS. A educação permanente por meio capacitações é um alicerce para busca e inserção de conhecimentos novos ou pouco difundidos para melhorar a assistência.

Acrescenta-se, ainda, a necessidade de revisar o protocolo de manejo da dor atualmente utilizado na maternidade cenário deste estudo, para que ele contemple ações direcionadas a todos os profissionais e, em um momento posterior, capacitar as equipes da UTIN para garantir a aplicação das recomendações. Somente assim teria uma sistematização da assistência voltada para a dor neonatal dentro da unidade. A outra estratégia a ser trabalhada é a inclusão dos pais/família no cuidado com a dor, pois entende-se que a presença desses pode confortar o RN pelo toque e aconchego, além de auxiliar a equipe da identificação de manifestações dolorosas.

Portanto, diante dos resultados deste estudo que buscou compreender o universo de significados relacionados ao cuidado com a dor de RN internados na UTIN e, a partir disso, construir uma matriz teórica, esta encontra-se representada na Figura 10.

Figura 10 – Matriz teórica dos significados relacionados ao cuidado de profissionais de saúde com a dor de recém-nascidos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal



Fonte: Autoria própria.

Nessa representação, a UTIN está demarcada com bordas pretas para simbolizar o ambiente em que o fenômeno de estudo ocorre. O RN, objeto de cuidado, aparece como figura central, expressando a singularidade e reafirmando a necessidade dos profissionais de saúde valorizarem o cuidado integral, voltado para o atendimento de todas as dimensões, e não apenas da biológica. As ondas são utilizadas para representar as categorias do fenômeno estudado, por trazerem a ideia de movimento constante, de articulação e fluxo contínuo. Em síntese, são os profissionais de saúde que impulsionam a propagação das ondas de cuidado com a dor RN.

Ao considerar a interpretação simbólica da matriz teórica à luz do Interacionismo, tem-se que a UTIN é uma teia social, ou seja, o local onde ocorrem as interações sociais. Os profissionais de saúde são agentes sociais, em que o “eu” (percepção que se tem de si mesmo) e o “mim” (comportamentos do indivíduo na base social) são interligados e formam um círculo de interação, em que, a partir de uma atitude, há reflexão e ação em relação ao cuidado com a dor do RN.

6 DISCUTINDO O FENÔMENO CENTRAL À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO E TEMÁTICO

A partir da revelação da matriz teórica referente aos significados relacionados ao cuidado de profissionais de saúde com a dor de recém-nascidos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, torna-se importante confrontar as ideias do fenômeno central com as considerações de autores que estudam o referencial teórico utilizado, o Interacionismo Simbólico, bem como daqueles que dedicam pesquisas à temática do cuidado com a dor neonatal.

As premissas do IS renovam a natureza do fenômeno estudado, ao fundarem que um dado fenômeno pode ser constantemente ressignificado por um mesmo agente social, em função do mundo e das interações que o cercam. Segundo Blumer (1969), a pessoa modula comportamentos a partir do sentido que atribui às coisas, sendo este sentido oriundo da interação social estabelecida com os outros e modificando este sentido, mediante o processo interpretativo que utiliza, ao se deparar com as coisas e situações ao longo da vida.

Segundo esse mesmo autor, o comportamento apresentado pelo sujeito é “resultante das formas como o ser humano percebe e interpreta o mundo. Ele investiga o significado das ações e dos atos de outras pessoas e, a partir disso, define o curso de sua ação, fundamentada na sua interpretação” (BLUMER, 1969, p.12).

Os seres humanos são vistos como oriundos de um mundo de objetos significativos. Um objeto é tudo o que pode ser indicado, qualquer coisa que seja apontada ou referida. Sua natureza depende do significado que tem para a pessoa para quem é um objeto. Este significado define a maneira pela qual se vê o objeto, a maneira pela qual ele está preparado para agir em relação a isso e a maneira pela qual ele está pronto para falar sobre isso (BLUMER, 1969).

Os objetos são produtos sociais, na medida em que são formados e transformados pelo processo de definição que ocorre na interação social. Portanto, para compreender as ações das pessoas, é necessário identificar seu mundo de objetos. Assim, a forma de entender o significado do cuidado com a dor neonatal é única para cada profissional, a depender do sentido que ele confere a cada um dos elementos e situações que caracterizam essa prática, como os procedimentos que causam dor ou desconforto, os sinais de dor manifestados pelo RN, o conhecimento científico que alicerça o fazer, a interação com a criança e os pais e com os profissionais da equipe, dentre outros.

Ao analisar os sentidos de cuidado com a dor, percebe-se que os significados, inicialmente, apontam para o fazer, o reconhecimento dos procedimentos mais frequentemente

realizados na rotina que podem desencadear o estímulo doloroso ou estressante, e a preocupação com o ambiente da UTIN que pode oferecer tanto proteção quanto agravo à dor ou desconforto. Os procedimentos dolorosos listados são aqueles que provocam alterações na integridade da pele ou mucosas, como a aspiração nasal, traqueal, sondagem orogástrica e vesical, cateterização venosa, drenagem torácica, punção arterial e venosa, punção de calcâneo, inserção de cateter venoso central ou cateter PICC, remoção de adesivos e tratamento de feridas. Já os procedimentos estressantes são os que incomodam e podem favorecer o desequilíbrio do neonato. Entre estes procedimentos, estão a aspiração oral, banho, pesagem, manipulação para troca de fraldas e lençóis, realização de alguns exames não invasivos, dentre outros (MORAES; FREIRE, 2019).

Ao realizar esses procedimentos, as luzes são acesas na UTIN, os ruídos aumentam e o RN é manipulado muitas vezes, o que o retira do estado de conforto e organização, potencializando, assim, o estímulo doloroso (UEMA *et al.*, 2021). Esses estímulos ambientais, somados aos procedimentos invasivos que, muitas vezes são realizados pela equipe interdisciplinar sem qualquer tipo de analgesia, podem impactar no desenvolvimento neurocomportamental e cognitivo do RN (MORAES; FREIRE, 2019).

A exposição repetida e não tratada a estímulos dolorosos e/ou estressantes tem potencial deletério ao RN, principalmente aos prematuros, em que as vias nervosas estão em processo de desenvolvimento. A longo prazo, podem alterar o limiar de dor do neonato, bem como a percepção e modulação, além de ocasionar déficit cognitivo e motor (CHRISTOFFEL *et al.*, 2019; MELO; QUERIDO; MAGESTI, 2022).

Por assim afirmar, os diversos estímulos dolorosos no período neonatal ocasionam alterações em múltiplos órgãos e sistemas, tendo como consequência o aumento da morbidade e mortalidade neonatal (BARROS; LUIZ; MATIAS, 2019). Desta forma, os participantes deste estudo entenderam ser essencial que estratégias para redução do estresse e manejo sistemático da dor sejam implementados na assistência neonatal. Neste sentido, a equipe interdisciplinar tem a responsabilidade de oferecer abordagem sistemática para o gerenciamento da dor, compreendendo identificação dos sinais de dor manifestados pelo RN, a avaliação efetuada prioritariamente por escalas, o planejamento das ações e o tratamento (GOMES *et al.*, 2019).

Os profissionais devem reconhecer os sinais de desconforto e dor emitidos pelos bebês, pois são por meio desses que eles exprimem e tentam comunicar a dor que sentem. Os estímulos dolorosos acarretam alterações comportamentais, como mudanças na expressão facial, choro e reações corporais que podem estar ou não associadas a alterações de sinais vitais como aumento da FC, FR e diminuição da saturação.

As manifestações fisiológicas são importantes para avaliar a dor na prática clínica, mas, por serem inespecíficas, não devem ser usadas de forma isolada para determinar se o RN tem dor, pois a variação desses parâmetros pode não estar relacionados apenas com um procedimento doloroso, podendo ser desencadeadas também pela própria doença de base do RN. Deste modo, para ser utilizada como indicador de dor no RN, deve ser associada aos parâmetros comportamentais, para que a avaliação se torne mais confiável (BARROS; LUIZ; MATHIAS, 2019; CHRISTOFFEL *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, entende-se que a utilização de sinais comportamentais é considerada como principal método de avaliação da dor, mas, ao utilizar o choro como sinal de dor, o profissional deve-se atentar ao fato de que apesar deste ser o método primário de comunicação do RN, outros fatores podem também ocasionar o choro, como a fome e o sono (GOMES *et al.*, 2019).

A partir dos sinais de dor ou desconforto manifestados pelo RN, surge, então, a necessidade do profissional de saúde reconhecer ou decodificá-los, a fim de promover cuidado integral e seguro. O cuidado seguro em neonatologia tem como objetivo assistir o RN com foco nas suas necessidades, respeitando a sua individualidade e dignidade como ser humano, considerando as suas limitações e imaturidade fisiológica (DUARTE *et al.*, 2020).

Para isso, recomenda-se a utilização de escalas, como a NIPS, pois estas são instrumentos capazes de minimizar a insegurança profissional e auxiliar a equipe na identificação, avaliação e posterior aplicação de condutas para alívio e tratamento da dor (GOMES *et al.*, 2019).

Além de permitir a avaliação da dor, os instrumentos contribuem para mensurar a eficácia analgésica das intervenções empregadas, as respostas de um mesmo RN a diferentes episódios dolorosos e, também, as variadas respostas de diferentes neonatos à situação dolorosa semelhante, reafirmando a importância desses para o estabelecimento de condutas (MARQUES, 2016).

A avaliação da dor deve ser uma função atribuída a todos os profissionais que trabalham na UTIN. No entanto, verifica-se que, na prática, a equipe de enfermagem é a categoria profissional responsável pela avaliação da dor por meio da Escala NIPS. Os médicos, por sua vez, sinalizam na prescrição a necessidade de aplicação da escala, principalmente nos RN em pós-operatório, sendo esta realizada pelos técnicos de enfermagem, ao avaliarem os demais sinais vitais.

Ao considerar a responsabilidade do que somos e fazemos, ressalta-se que os atos humanos são realizados a partir de uma atividade mental do indivíduo, que lhe permite definir

as coisas por intermédio de processos sociais de experiência e comportamentos, dentro de uma matriz de relações sociais. Isso possibilita que ele desenvolva uma linha de ação.

Para agir, o indivíduo precisa identificar o que deseja, estabelecer um objetivo, traçar uma linha de comportamento, anotar e interpretar as ações dos outros, avaliar essa situação, descobrir o que fazer em outros pontos e estimular-se diante de disposições arrasadoras ou desencorajadoras (BLUMER, 1969).

O desenvolvimento das linhas de ação é possibilitado pelo uso de símbolos que são objetos sociais. Os símbolos são significantes quando descrevem, pensam e evocam conhecimento prévio que possuímos (BLUMER, 1969). Assim, ao nos depararmos com as coisas do decorrer da vida, notamo-las, avaliamos, atribuímos significado e decidimos de que maneira vamos agir com base nesse significado. Cabe destacar, então, que a linha de ação sofre influência direta da forma como a pessoa se coloca nas interações que estabelece e no sentido que atribui às ações do outro ou as características dos objetos e interações que vivencia.

Em consonância com o exposto, após a identificação e mensuração da dor ou desconforto, a linha de ação dos profissionais de saúde no cuidado com a dor neonatal ou desconforto está direcionada à realização de medidas que visam alívio destas, como relatado pelos participantes do estudo. A abordagem comportamental tem por objetivo a minimização do estresse decorrente do manuseio do RN e a interferência do ambiente da UTIN no bem-estar do paciente. Essas estratégias, apesar de não constituírem medidas específicas para o controle da dor neonatal, favorecem a organização neuropsicomotora e atuam na etapa de modulação da dor, inibindo a liberação de neurotransmissores responsáveis pela exacerbação do estímulo doloroso inicial (ARAÚJO *et al.*, 2015).

O emprego de medidas não farmacológicas é utilizado tanto para a prevenção quanto para o controle da dor neonatal. São técnicas econômicas, facilmente toleradas e que causam reações adversas mínimas ou nulas. Ademais, podem ser aplicadas de forma isolada ou combinadas, visto que podem apresentar efeito sinérgico e protetor (KIVEST *et al.*, 2019; UEMA *et al.*, 2021).

Destaca-se, ainda, que essas estratégias não farmacológicas para serem realizadas não necessitam da interferência de outros profissionais nem de prescrição médica, e isso pode justificar a utilização deste tipo de tratamento com maior frequência neste estudo e em outros. Esses resultados são semelhantes aos encontrados em estudos realizados em Belo Horizonte (MG) e no Rio de Janeiro (RJ), em que a equipe tem utilizado, na maior parte das oportunidades, estratégias não farmacológicas como recurso terapêutico para controle da dor (MACIEL *et al.*, 2019; CHRISTOFFEL *et al.*, 2017).

Além desses, um outro recurso utilizado nas unidades neonatais a todos os RN com doenças potencialmente dolorosas ou que sejam submetidos a procedimentos invasivos, cirúrgicos ou não são as intervenções farmacológicas (BARROS; LUIZ; MATHIAS, 2019). Segundo as diretrizes nacionais, o uso de analgésicos opioides constitui importante medida para tratamento da dor no RN criticamente doente, sendo mais utilizados a morfina, o fentanil e o tramadol (BRASIL, 2011).

No entanto, apesar de importantes e necessárias, Moraes e Freire (2019) destacam os efeitos colaterais indesejáveis desses fármacos, sobretudo, em virtude da imaturidade renal e hepática do RN e do risco de depressão respiratória. Frente ao exposto, torna-se, então, necessária avaliação profunda sobre a indicação desses medicamentos, tendo em vista a relação custo-benefício para os neonatos.

Importante ressaltar ainda que as linhas de ação do indivíduo podem ser realizadas individual ou coletivamente. A ação conjunta, por sua vez, refere-se à articulação dos atos dos participantes, em que cada um ocupa uma posição diferente, age a partir disso e se envolve em um ato distinto. Trata-se do encaixe das linhas de comportamento dos participantes separados e não da sua comunhão. “Ao identificar a ação conjunta, o participante é capaz de se orientar; ele tem uma chave para interpretar atos de outros e um guia para direcionar sua ação no que diz respeito a elas” (BLUMER, 1969, p.70).

Neste estudo, a ação conjunta é representada pelo papel desempenhado por cada uma das categorias profissionais no gerenciamento da dor. A equipe de enfermagem é responsável pela avaliação da dor, empregando como ferramenta de mensuração a Escala NIPS, e o resultado dessa ação guiará a aplicação de medidas não farmacológicas.

A persistência de dores leves, refratárias às medidas não farmacológicas, ou a presença de dores de moderada a intensa, identificadas a partir das observações da equipe de enfermagem, fundamentadas no conhecimento científico ou empírico e na experiência profissional culminará na sinalização para o médico, que irá, então, prescrever ou autorizar a administração de fármacos analgésicos já prescritos. Estes serão então administrados pelos técnicos de enfermagem. Os fisioterapeutas, por sua vez, ao identificarem as manifestações de dor ou desconforto habitualmente se dirigem à equipe de enfermagem para relatar tal fato.

Outro sentido do cuidado com a dor desvelado neste estudo está relacionado ao modo de ser dos profissionais. O cuidado de um RN que apresenta manifestações de dor ou desconforto no contexto da UTIN não se refere apenas a uma ação, a uma tarefa a ser desempenhada tecnicamente, pois como sugere Boff (2013), o cuidado é mais que uma técnica, é uma atitude, uma fonte permanente de atos que se deriva da natureza do ser humano.

Enquanto atitude, designa desvelo, solicitude, atenção, zelo, que se devota a alguém ou a algum grupo. Isso significa que “o cuidado é responsivo, ou seja, a capacidade de cuidar é evocada em resposta a alguém ou a alguma coisa a quem ou à qual se atribui alguma importância e representa valor” (WALDOW, 2006, p.28). Entende-se, pois, que o cuidado somente ocorre quando há preocupação, atenção, proteção e compromisso em benefício de quem recebe o cuidado.

Por causa desse envolvimento afetivo, o cuidado passa a significar preocupação, inquietação pela pessoa a qual se está ligada por laços de afeto e amor (BOFF, 2013). Assim acontece na UTIN, os profissionais desenvolvem laços afetivos com os neonatos durante a hospitalização, envolvem-se, ficam felizes com a evolução clínica e se preocupam quando as respostas ao tratamento não acontecem como o esperado.

Segundo Waldow (2004), os diferentes profissionais de saúde não diferem no que cuidar, ou no que cuidam, mas na maneira como cuidam. As demandas de cuidado do RN, não se restringem às demandas biológicas, tampouco podem ser consideradas como individuais e isoladas e, por conta disso, tem-se trabalhado na perspectiva do cuidado holístico, procurando atender ao neonato em todas as multidimensões (social, psicológica e espiritual).

Todavia, o que se percebe é que nem todos os profissionais tem trabalhado nesta perspectiva, a exemplo dos cirurgiões pediátricos, como destacado nos resultados deste estudo. Estes profissionais, ainda, têm praticado o cuidado sob uma visão mecanicista fundamentada no modelo tradicional de saúde-doença. O centro de atenção no modelo biomédico é o indivíduo doente, com valorização das ações voltadas à recuperação deste, em detrimento das ações que tem como objetivo a promoção e a proteção da saúde.

A equipe de enfermagem, por sua vez, tem buscado expressar-se através de um cuidado mais humano, sem, no entanto, deixar de lado a competência técnica, o compromisso, a ética e a experiência que são indispensáveis na execução dos procedimentos. No que se refere ao cuidado com a dor, tem se destacado como protagonista do cuidado, como apontado neste estudo, pois, além de realizar procedimentos de nível terapêutico, demonstra nos atos carinho, preocupação, interesse e sensibilidade para atender às necessidades do RN e da família.

Para Santos *et al.* (2020b), o cuidado de enfermagem se revela por agregar fatores que vão além da execução de técnicas e práticas automatizadas, sendo este um cuidado integral e holístico. Este cuidado acontece por meio da compreensão da vida humana e do compartilhamento de informações e sentimentos, que advém do contato com o cliente no momento em que cuida.

Nesse sentido, compreende-se que os profissionais de enfermagem manifestam um cuidado mais carinhoso, sensível, provavelmente por ficarem mais próximos do RN durante o plantão, prestando assistência direta. Essa aproximação, além de ter papel importante na manutenção da vitalidade do RN, favorece o vínculo afetivo e, conseqüentemente, as atitudes de cuidado humanizado. Outrossim, Oliveira *et al.* (2020) destacam que por assistirem os RN por mais tempo dentro dos serviços de saúde, os profissionais de enfermagem exercem papel essencial no manejo adequado da dor neonatal, com possibilidades de evitá-la ou minimizá-la, durante os procedimentos dolorosos.

O cuidado e as demandas de cuidado são significados de acordo com a visão de mundo, pelos diferentes olhares das pessoas envolvidas no ambiente de ação/interação contínua e recíproca, que se constrói e reconstrói pelas experiências vivenciadas com ele mesmo e os outros.

Nesse sentido, a colaboração entre os profissionais é uma das bases para práticas eficazes no manejo da dor neonatal. Essa prática colaborativa diz respeito ao cuidado compartilhado entre os profissionais da equipe de saúde, ou seja, profissionais de diferentes áreas trabalham juntos, com articulação de ações e saberes técnicos-científicos para atender às necessidades do paciente. O foco está na necessidade de saúde, para qual todos devem contribuir por meio de ações assertivas e dialogadas (SANTOS *et al.*, 2020b).

Para prestar um cuidado de qualidade em neonatologia é necessária coesão entre a equipe, incluindo a competência profissional, o respeito mútuo, responsabilidade, comunicação eficaz e colaboração. Trabalhar em equipe não significa apenas agregar funções para o alcance de um objetivo comum, mas sim aliar competências e estabelecer um processo relacional integrador e problematizador, capaz de resgatar os sentimentos verdadeiramente humanos de cada profissional (KLOCK *et al.*, 2019).

Enfatiza-se que discussões interprofissionais, com compartilhamento de conhecimento e troca de informações sobre a avaliação e manejo da dor, podem contribuir para o adequado gerenciamento desta na UTIN (BLOMQUIST; GRADIN; OLSSON, 2019). Portanto, para uma assistência integral, além de instrumentos e boas práticas, torna-se fundamental efetivar a interdisciplinaridade. Os profissionais devem não apenas compartilhar a identificação de dor ou desconforto, mas devem procurar desenvolver ações juntos, seja durante a execução do procedimento ou na aplicação das medidas de prevenção ou tratamento.

O ser humano é um organismo que possui um *self*, que representa a caracterização da pessoa como objeto para si e permite o diálogo interno da mesma forma que ocorrem as interações com os demais. Nesta perspectiva, o ser humano pode se perceber, ter concepções

de si, comunicar-se e agir em relação a si. Com esse tipo de comportamento, o ser humano pode se tornar objeto da própria ação. Em suma, pela interação consigo mesmo, ele pode julgar, analisar, avaliar as coisas que designou para si (BLUMER, 1969).

Assim, na correlação com os achados do estudo, os profissionais de saúde, através da análise de suas concepções e interações, identificam que esse processo de gerenciamento da dor neonatal é, por vezes, influenciado por diversos fatores, alguns são facilitadores, enquanto outros são barreiras que acabam interferindo na qualidade do cuidado. Neste estudo, os profissionais apontaram fragilidades relacionadas ao processo de avaliação da dor, a falta de treinamentos acerca dessa temática, a valorização por alguns profissionais das medidas farmacológicas, em detrimento das não farmacológicas, e problemas relacionados ao dimensionamento de pessoal de enfermagem na UTIN.

Esses resultados vão de encontro a uma pesquisa realizada por Christoffel *et al.* (2019), em que os profissionais listaram como barreiras relacionadas ao manuseio, à avaliação e ao tratamento da dor: a necessidade de treinamento sobre a temática da dor, a urgência de treinamento para uso das escalas de avaliação da dor, a insegurança do profissional na avaliação e no tratamento da dor, além de problemas com recursos humanos.

Kaur *et al.* (2018) apontam que a falta de comunicação verbal, expressão comportamental limitada, respostas fisiológicas inespecíficas e incapacidade dos profissionais de saúde em avaliar adequadamente a dor neonatal, colocam os RN em risco de experiências dolorosas frequentes durante a internação na UTIN.

Em virtude dessas particularidades, a avaliação da dor do RN é descrita como tarefa complexa, em que algumas circunstâncias são desafiadoras, como no caso da avaliação de certos grupos de pacientes, como os bebês mais prematuros, que apresentam sensações dolorosas mais intensas, devido ao controle inibitório e à modulação serem imaturos; e os que recebem sedativos.

Destaca-se, ademais, que o próprio instrumento de avaliação da dor implantado pode trazer dificuldades para o profissional (BLOMQVIST; GRADIN; OLSSON, 2019), pois como destacado neste estudo, não há consenso quanto a uma escala padrão ouro que possa ser utilizada para avaliação da dor em todos os RN.

Lacunas existentes no conhecimento dos profissionais relativos à avaliação, ao tratamento e à gestão da dor neonatal podem comprometer a execução desta prática. Essa carência de conhecimento dificulta a avaliação e a adoção de intervenções adequadas para alívio da dor e acaba interferindo na qualidade da assistência oferecida ao RN.

No presente estudo, os participantes ressaltaram preocupação com a realização de procedimentos no “automático” por alguns profissionais. Durante essas intervenções, o profissional mostra-se apreensivo com a assertividade do procedimento ou a execução dele, desconsiderando, em alguns momentos, as respostas comportamentais e/ou fisiológicas que podem ser sinais sugestivos de dor.

Sobre este fato, acredita-se que alguns dos profissionais não percebem o processo álgico por falta de conhecimento ou até mesmo pela ausência de sensibilidade para tal, enquanto outros percebem, mas por comodismo ou tempo, preferem se omitir diante do fato, e continuam realizando os procedimentos sem a devida preocupação em minimizar a dor neonatal.

Nesse contexto, considerando que o estímulo doloroso agudo no RN desencadeia resposta global de estresse, incluindo manifestações fisiológicas, comportamentais e endócrinas, as intervenções no neonato deveriam ser realizadas mediante organização de todo o processo em si (UEMA *et al.*, 2021).

Entretanto, como sugere Lago *et al.* (2017), planejar o cuidado toma mais tempo que realizá-lo de forma automática, e isso faz com que alguns profissionais ainda trabalhem dessa forma. Esses deveriam repensar as práticas, pois quando a assistência é fruto de um processo de reflexão prévia, sendo realizada de forma individualizada e organizada, com foco no bem-estar global do RN, os resultados apresentados por estes são inegavelmente mais satisfatórios.

Questões relacionadas ao quantitativo de profissionais de enfermagem também apareceram como dificultadoras no manejo da dor. Os dados apontam defasagem dos profissionais técnicos de enfermagem na instituição, motivados principalmente pelos afastamentos previstos em lei.

Blomqvist, Gradin e Olsson (2019) explicam que o número insuficiente de profissionais acaba por interferir na carga de trabalho individual e, conseqüentemente, na assistência oferecida ao RN. De fato, com uma UTI cheia de bebês graves, os técnicos de enfermagem quando precisam assistir três crianças, ao invés de duas, como prevê a Resolução da Anvisa, podem, dentre outras coisas, ter menos tempo para avaliar a presença de sinais de dor e instituir medidas de alívio, bem como de avaliar as respostas do RN à terapêutica implementada.

Nesta perspectiva de discussão, cabe aos profissionais que atuam nas UTIN desenvolver mecanismos capazes de superar essas fragilidades relacionadas ao processo de cuidar. Para tal, faz-se necessária reflexão crítica das ações atualmente desenvolvidas, com posterior tomada de decisão, visando oferecer assistência de qualidade em um ambiente que possui uma complexidade assistencial e que demanda cuidados especializados.

Esse fato, na concepção interacionista, relaciona-se à capacidade que o ser humano possui de analisar as próprias condutas, ou seja, a consciência autorreflexiva e a capacidade de autopercepção. No diálogo interno da pessoa, bem como nas interações externas do contínuo processo de interação com os outros, a comunicação é um aspecto importante. Essa conversação interior e continuada entre o “eu” e o “mim” constitui a base de organização das respostas ou dos comportamentos frente às situações com as que o ser humano se depara, conferindo autonomia e poder de escolha ao elaborar as ações (SANDSTROM; MARTIN; FINE, 2016; CASAGRANDE, 2014).

Neste estudo, a equipe assistencial apontou algumas estratégias que acreditam ser capazes de qualificar a assistência ao RN, além de minimizar as consequências negativas da exposição a estímulos dolorosos ou estressantes. A primeira estratégia está relacionada à revisão do protocolo de manejo da dor disponível na instituição, para que possa direcionar as ações de toda a equipe multiprofissional. Esta prática torna-se importante, pois como afirmam Christoffel *et al.* (2019), uma assistência conduzida a partir de protocolos assistenciais, principalmente aqueles que são elaborados com a participação dos profissionais da assistência, tende a repercutir de forma positiva na qualidade da avaliação da dor e no tratamento.

Para esses mesmos autores, os protocolos institucionais organizam as ações a serem desenvolvidas junto ao RN com dor e/ou desconforto, sistematizando a assistência e minimizando o risco de sequelas. Além dessas, os protocolos potencializam os desfechos, a tomada de decisão dos profissionais e contribuem para qualificação destes (CHRISTOFFEL *et al.*, 2019). Portanto, revisar o protocolo e divulgá-lo amplamente entre os profissionais é importante para guiar as ações a serem tomadas em diversas situações pelos profissionais de saúde.

Outra estratégia apontada diz respeito à interação dos profissionais com a família dos RN, na medida em que estes são incluídos na terapêutica. Inserir a família nuclear (pai e mãe), extensa (avós, tios) ou aqueles que se confia, tenham estes laços sanguíneos ou não (amigos e vizinhos) no cenário da UTIN significa não apenas colocá-los como expectadores, mas sim como atores ativos e colaborativos nos processos decisórios das condutas terapêuticas (KLOCK *et al.*, 2019).

Nesse processo, os profissionais devem começar orientando os pais, em especial as mães, que normalmente estão mais presentes durante a internação, acerca dos sinais de dor ou desconforto manifestados pelo bebê. Posteriormente, eles devem ser convidados a participar do cuidado, e como já receberam treinamento, serão capazes de sinalizar para a equipe, quando identificarem esses sinais, para que as medidas de alívio possam ser adotadas. Os pais, portanto,

podem ser aliados da equipe de saúde no combate à dor neonatal, pois eles estão sempre próximos do bebê na UTIN, tendo, assim, muitas oportunidades de observá-lo (CHRISTOFFEL *et al.*, 2019; BLOMQUIST; GRADIN; OLSSON, 2019).

Estudo realizado com enfermeiros na Estônia apresentou resultados semelhantes a este, pois os enfermeiros apontaram ser necessária a inclusão dos pais no manejo da dor e urgentes treinamentos sobre o adequado gerenciamento desta, a fim de efetuar melhorias no cuidado ao RN (KIVESTE *et al.*, 2022).

Faz-se necessário investir em educação permanente para a equipe interdisciplinar, no tocante, principalmente, à avaliação da dor no período neonatal, haja vista a complexidade dos sinais emitidos pelo RN diante dos estímulos dolorosos ou estressantes. Devem-se incluir, ainda, discussões acerca da prevenção e do tratamento, de modo a proporcionar, assim, assistência adequada, qualificada e humanizada ao RN.

Uma equipe capacitada e treinada poderá identificar possíveis ocorrências e causas de problemas, além de colocar em prática, de forma efetiva, protocolos, normas e rotinas institucionais (DUARTE *et al.*, 2020). Neste sentido, estudo de Barros, Luiz e Mathias (2019) evidenciou que as estratégias de educação dos profissionais ocasionam mudanças na prática assistencial cotidiana, pois auxilia na adoção de medidas de controle da dor efetivas e seguras, pautadas nas melhores evidências científicas.

Frente ao exposto, o manejo da dor neonatal, de forma efetiva, configura-se ainda como desafio para os profissionais de saúde, em razão da subjetividade que permeia o processo e do fato dos procedimentos invasivos que normalmente ocasionam dor serem necessários nas intercorrências advindas de um RN enfermo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Matriz Teórica proposta neste estudo representa a abstração dos dados, com intuito de predizer a realidade estudada. O estudo alcançou os propósitos que deram razão à pesquisa, considerando que pôde, por meio dos fenômenos oriundos, alcançar os objetivos inicialmente traçados. Desta forma, esta pesquisa não tem a intenção de esgotar-se em si mesma, mas, por intermédio da matriz teórica apresentada, suscitar outras reflexões e investigações que venham a somar ao rol de achados sobre esta temática.

A abordagem metodológica e teórica utilizada possibilitou compreender os significados atribuídos pelos profissionais de saúde ao cuidado com a dor do RN. Os dados apontaram que os profissionais pesquisados tinham conhecimentos básicos sobre a dor na fase neonatal, entretanto, ainda, tinham dificuldades em manejá-los adequadamente. A tomada de decisões tem como base o julgamento clínico que provém da percepção das alterações nos parâmetros comportamentais e fisiológicos do RN.

Pela fala dos agentes sociais, tornou-se evidente que o cuidado extravasa a dimensão biofisiológica e envolve aspectos subjetivos expressos por sentimentos e emoções do profissional que cuida. Estes reconheceram e enfatizaram a importância da sensibilidade para identificar e tratar a dor neonatal, característica observada principalmente entre os profissionais da equipe de enfermagem.

No geral, os profissionais de saúde, pela prática clínica, estão desvelando possibilidades de cuidar do RN com dor, não somente na perspectiva curativa, visando melhora do estado de saúde do bebê hospitalizado na UTIN, mas na perspectiva do cuidado existencial, abarcando necessidades e singularidades, em busca da assistência de qualidade.

Cabe retomar, ainda, que neste caminhar para conhecer os significados do cuidado, levantaram-se as fragilidades do processo de cuidar no contexto em que os profissionais estavam inseridos. Problemas de gestão e lacunas no conhecimento sobre a temática da dor neonatal, no tocante à avaliação e aplicação da escala para mensuração da dor, bem como a necessidade de revisão do protocolo assistencial pautado nas melhores evidências científicas para garantir a efetiva implementação de medidas para alívio da dor na prática clínica por todos os profissionais, foram algumas das condições relatadas pelos participantes deste estudo, por acreditarem que estas interferem no manejo adequado da dor.

Diante dessas reflexões, é importante salientar que as dificuldades no manejo da dor neonatal existem, mas não devem ser maiores que o desejo dos profissionais em fazer o melhor, em oferecer cuidado humanizado e individualizado ao RN. Para tal, torna-se importante

redefinir o cuidado com o RN submetido a procedimentos que ocasionam dor e/ou desconforto na UTIN, aproximando-se, assim, das reais necessidades dessa clientela. Deve-se romper com as velhas formas de agir, tendo como proposta transformar algumas das práticas de cuidar já instituídas, por meio da apreensão de conhecimentos que são alicerces para a realização de boas práticas e para o despertar da consciência crítica e reflexiva. É necessário utilizar o conhecimento para modificar a prática do cuidado, além de manter e reforçar o envolvimento dos profissionais, pois este é fator imprescindível na qualidade da assistência prestada nas unidades neonatais.

A gestão dos serviços hospitalares deve trabalhar em parceria com estes profissionais, fomentando capacitações periódicas para a equipe interdisciplinar, a fim de favorecer o desenvolvimento de aptidões e competências e aprimorar as práticas de cuidado com a dor na UTIN, garantindo a excelência do cuidado e a segurança do RN. Outrossim, cabe a estes, também, melhorar as condições de trabalho, resolver os problemas referentes aos quantitativos de profissionais na unidade neonatal, para que todos trabalhem satisfeitos e sem sobrecarga.

Importante destacar que o estudo apresentou algumas limitações que merecem aqui ser apontadas. A primeira delas ocorreu quando a pesquisadora precisou modificar a estratégia de coleta de dados em decorrência da pandemia da Covid-19. Nesse momento, a técnica de observação de campo, inicialmente planejada, não pôde ser realizada, uma vez que existiam restrições para a entrada de outros profissionais que não estavam lotados na UTIN cenário deste estudo. Deste modo, perdeu-se a oportunidade de combinar as técnicas de entrevista e observação para coleta de dados que, sem dúvida, possibilitariam a melhor compreensão da realidade investigada e o aprofundamento das reflexões.

Outra limitação refere-se ao quantitativo de profissionais médicos que participaram do segundo grupo amostral. O acesso a estes profissionais no ambiente da UTIN foi difícil e quase sempre eles informaram não ter disponibilidade em participar, devido às demandas que possuíam naquele ambiente crítico de cuidados ao RN. A participação dos RT das outras categorias profissionais (médicos e fisioterapeutas), no terceiro grupo amostral, também foi limitada, sendo este constituído apenas pelas RT enfermeiras. Porém, apesar deste fato, entendeu-se que as falas dos profissionais que aceitaram participar do estudo, responderam aos questionamentos previamente levantadas no grupo amostral anterior e contribuíam para dar mais robustez às categorias e subcategorias identificadas.

Desse modo, espera-se que novos estudos semelhantes que envolvam a participação de outros agentes sociais que prestam assistência direta e indireta ao RN, como médicos, RT de todas as categorias profissionais, gestores dos serviços de saúde possam ser desenhados e

realizados, com a finalidade de qualificar o cuidado ao RN continuamente exposto a procedimentos invasivos que despertam neles sensações de dor e/ou desconforto no contexto da UTIN.

Por fim, espera-se que este estudo venha a contribuir com a produção do conhecimento em saúde, sobretudo, com a ciência da enfermagem, possibilitando a graduandos, pós-graduandos e profissionais de saúde que assistem diretamente o RN na UTIN a compreensão do fenômeno **REDEFININDO O CUIDADO AO RN SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS QUE OCASIONAM DOR E/OU DESCONFORTO NO CONTEXTO DA UTIN**, suscitando reflexões e reformulações da prática para atendimentos das demandas de cuidados do RN.

Ademais, almeja-se instigar novos pesquisadores a continuarem a exploração do tema, sob a perspectiva interpretativista, que permite que o pesquisador adentre o imaginário de significados do participante e, a partir disso, tente reproduzir vivências, em busca de desvelar outros modelos de cuidado.

REFERÊNCIAS

ADAMY, E.K. *et al.* Validação na teoria fundamentada nos dados: rodas de conversa como estratégia metodológica. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.71, n.6, p.3299-3304, 2018.

Disponível em

<https://www.scielo.br/j/reben/a/5ZfVsKjNX6znX3rZPgvWmTz/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em 01 mar. 2021.

ALVES, F.B. *et al.* Dor neonatal: a percepção da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Cuid.**, Bucaramanga, v.4.n.1, p. 510-515, 2013. Disponível em

<http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v4n1/v4n1a11.pdf>. Acesso em: 25 set. 2019.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. *Prevention and management of pain in the neonate: na update*. **Pediatrics**, Vermont, v.118, n.5, p.2231-2234, 2006. Disponível em

<https://pediatrics.aappublications.org/content/118/5/2231>. Acesso em 25 mar. 2020.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. *Committee on fetus and newborn and section on anesthesiology and pain medicine. Prevention and Management of Procedural Pain in the Neonate: na update*. **Pediatrics**, Vermont, v.137, n.2, 2016. Disponível em

<https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/137/2/e20154271.full.pdf>. Acesso em

25 mar. 2020.

ANAND, K.J.S.; DPHIL, M.B.B.S.; HICKEY, P.R. *Pain and its effects the human neonate and fetus*. **The New England Journal of medicine**, Boston, v.317, n.21, p.1321-1329, 1987.

Disponível em <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM198711193172105>. Aceso em:

10 abr. 2020.

ANDRADE, L.M.C.; FERNANDES, H.I.V.M.; FIGUEIREDO, M.C.A.B. Intervenções de enfermagem em unidades de cuidados intensivos neonatais: descrição de evidências científicas. In: SOUSA, F.G.M. *et al* (organiz.). **Interfaces da Pesquisa no Cuidado de**

enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica. Curitiba: CRV, 2019, p. 258-280.

ARAÚJO, G.C. *et al.* Dor em recém-nascidos: identificação, avaliação e intervenções. **Rev. baiana enferm.**, Salvador, v.29, n.3, p.261-270, 2015. Disponível em

https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13695/pdf_10. Acesso em: 18

nov.2019.

BAGIO, M.A.; ERDMANN, A.L. Teoria Fundamentada nos dados ou *Grounded Theory* e o uso na investigação em enfermagem no Brasil. **Rev. enferm. referência**, p.177-185, 2011.

BALDA, R.C.X.; GUINSBURG, R. Avaliação da dor no período neonatal. A avaliação da dor no período neonatal. In: KOPELMA, I.B. **Diagnóstico e tratamento em neonatologia**. São Paulo: Atheneu, 2004, p.577-585.

BALDA, R.C.X.; GUINSBURG, R. **A linguagem da dor no recém-nascido**. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2018.

BARROS, M.M.A.; LUIZ, B.V.S.; MATHIAS, C.V. *Pain as the fifth sign: nurse's practices and challenges in a neonatal intensive unit care*. **BrJP**, São Paulo, v.2, n.3, p.232-6, 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/j/brjp/a/d3nmnhzKMb8MMZDhg5p87bF/abstract/?lang=en>. Acesso: 03 ago. 2022.

BARTOLOMÉ, S.M.; CID, J.L.; FREDDI, N. *Analgesia and sedation in children: practical approach for the most frequent situations*. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v.83, suppl.2, p.71-82, 2007. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/jped/v83n2s0/en_a09v83n2s0.pdf. Acesso em 15.mar. 2020.

BATALHA, L.M.C. Dor no recém-nascido no contexto de unidades de cuidados intensivos neonatais. In: SOUSA, F.G.M. *et al* (organiz.). **Interfaces da Pesquisa no Cuidado de enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica**. Curitiba: CRV, 2019, p. 307-328.

BLOMQUIST, Y.T.; GRADIN, M.; OLSSON, E. *Pain Assessment and Management in Swedish in Swedish Neonatal Intensive Units*. **Pain Management Nursing**, v.21, n.4, p.354-359, 2020. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31889663/>. Acesso em: 01 ago. 2022.

BLUMER, H. **Symbolic Interactionism: Perspective and Method**. Califórnia: University of California Press, 1969.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano- compaixão pela terra**. 15.ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

BOFF, L. **O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria n°1683, de 12 de julho de 2007**: Aprova, na forma do Anexo, as normas de orientação para a implantação do Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria n°1459, de 24 de junho de 2011**: Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede de Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria n°930, de 10 de maio de 2012**: Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave e potencialmente grave os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012: Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para profissionais da saúde**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, v.2.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução n°510 de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em ciências sociais. Brasília, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria n° 715 de 4 de abril de 2022**: Altera a Portaria de consolidação GM/MS n° 3, de 28 de setembro de 2017 para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BUENO, M. *et al.* *Breast milk and glucose for pain relief in preterm infants: a noninferiority randomized controlled trial.* **Pediatrics**, v.124, n.4, p.664-670, 2012. Disponível em <https://pediatrics.aappublications.org/content/129/4/664.short>. Acesso em: 18 out. 2019.

BUENO, M. *et al.* Programa de avaliação da dor neonatal II: uma proposta inovadora para facilitar a transferência do conhecimento. **Rev Dor**, São Paulo, v.15, n.2, p.152-155, 2014. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/rdor/v15n2/pt_1806-0013-rdor-15-02-0152.pdf. Acesso em: 30 jun. 2020.

CAPELLINI, V.K. *et al.* Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde sobre a avaliação e manejo da dor neonatal.. **Rev. Eletr Enf.**, Goiânia, v.16, n.2, p.361-369, 2014. Disponível em <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/03/832275/v16n2a12.pdf>. Acesso em: 28 set. 2019.

CARTER, M.J.; FULLER, C. **Symbolic interactionism**. *Editorial Arrangement of Sociopedia*.isa, 2015.

CARVALHO, V.D.; BORGES, L.O.; RÊGO, D.P. Interacionalismo Simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em psicologia social. **Psicol. cienc. e prof.**, Brasília, v.30, n.1, p.146-161, 2010. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n1/v30n1a11.pdf>. Acesso em: 3 out. 2020.

CASAGRANDE, C.A. **G.H.Mead & Educação**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2014.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHARON, J.M. **Symbolic interactionism: a introduction an interpretation, an integration**. 3ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1996.

COPELLI, F.H.S.; ALVES, M.P.A.; SANTOS, J.L.G. Interacionalismo Simbólico como referencial teórico para Teoria Fundamentada nos Dados na pesquisa em Enfermagem. In: LACERDA, M.R.; SANTOS, J.L.G. **Teoria Fundamentada nos Dados**: bases teóricas e metodológicas. Porto Alegre: Moriá, 2019. p.31-53.

CORBIN, J.; STRAUSS, A, **Basics of Qualitative Research: Techniques and procedures for developing Grounded Theory**. 4ed. California: Sage Publications, 2015.

COSTA, L.C. *et al.* Utilização de medidas não farmacológicas pela equipe de enfermagem para alívio da dor neonatal. **J. nursig UFPE on line**, Recife, v.10, n.7, p.8395-8403, 2016. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11295>. Acesso em: 13 set. 2019.

CRISTOFFEL, M.M. *et al.* Princípios éticos da equipe de enfermagem ao cuidar da dor do recém-nascido. **Rev Min Enferm**, Minas Gerais, v.13, n.3, p. 321-326, 2009. Disponível em <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/195>. Acesso em 8 jul. 2020.

CRISTOFFEL, M.M. Tecnologias do cuidado de enfermagem neonatal: a dor e o estresse do recém-nascido durante procedimentos dolorosos. In: VI Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal: qualificação da atenção e dos recursos humanos de enfermagem em saúde da mulher e do recém-nascido. **Anais [...]**. Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras: Teresina, 2009, p.1-19.

CRISTOFFEL, M.M. *et al.* *Attitudes of healthcare professionals regarding the assessment and treatment of neonatal pain*. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.21,n.1:e20170018, 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ean/a/JFQ4N4gDZNN44q3kFD8dfjv/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 30 set. 2021.

CRISTOFFEL, M.M. *et al.* *Health professionals barriers in the management, evaluation and treatment of neonatal pain*. **BrJP**. São Paulo, v.2, n.11, p.34-38, 2019. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/brjp/v2n1/pt_2595-0118-brjp-02-01-0034.pdf. Acesso em: 28 ago. 2020.

DATASUS. Estatísticas Vitais: Mortalidade de 1996 a 2018. Óbitos infantis. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

DOUBOVA, S.V. *et al.* *Evaluating the quality of the processes of care and clinical of premature newborns admitted to neonatal intensive care units in Mexico*. **Int. J. Qual. Health Care**, [S.l.] v.30, n.8, p.608-617, 2018. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29722867/>. Acesso em: 28 ago. 2020.

DUARTE, M.R. **O cuidado ao recém-nascido hospitalizado para profissionais de enfermagem**: um estudo fenomenológico. Teresina, 2010. 102p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2010

DUARTE, S.C.M. *et al.* Best Safety Practices in nursing care in Neonatal Intensive Therapy. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.73, n.2, e:20180482, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/r6gdrDJxDmHhDmwsTY7mDGw/?lang=en>. Acesso em 22 jan. 2023.

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.; COSTA; T.N.A. A importância do Interacionalismo simbólico na prática de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.31, n.2, p.219-226, 1997. Disponível em <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/411.pdf>. Acesso em: 5 out. 2020.

DUTRA, A. UTI Neonatal. In: DUTRA, A. (colab.). **Medicina Neonatal**. Rio de Janeiro, 2006.

FRANÇA, E.B. *et al.* Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de carga global da doença. **Rev Bras Epidemiol.**, São Paulo, v.20, suppl.1, p.46-60, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20s1/1980-5497-rbepid-20-s1-00046.pdf>. Acesso em: 7 set. 2020.

FROTA, M.A. *et al.* Equipe multiprofissional e a assistência humanizada ao recém-nascido pré-termo. In: SOUSA, F.G.M. *et al* (organiz.). **Interfaces da Pesquisa no Cuidado de enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica**. Curitiba: CRV, 2019, p. 101-112.

GIRADON-PERLINI, N.M.O.; SIMON, B.S.; LACERDA, M.R. Teoria fundamentada nos dados: aspectos metodológicos em teses de enfermagem brasileira. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.73, n.6, e20190274, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/V9StvDXmpbXMbtLjCwpYTjm/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 20 fev 2021.

GLASER, B.G.; STRAUSS, A.L. **The Discovery of Grounded Theory**: Strategies for qualitative research. Chicago: Aldine Publishing, 1999.

GOMES, I.M. *et al.* Teoria fundamentada nos dados na enfermagem: revisão integrativa. **Rev. enferm UFPE online**, Recife, v.9, supl.1, p.466-474, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10360/11085>. Acesso: 10 mai. 2020.

GOMES, P.P.S., *et al.*, *Non-pharmacological measures for pain relief in venipuncture in newborns: description of behavioral and physiological responses*. **BjJP**, São Paulo, v.2, n.2, p.142-6, 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/j/brjp/a/JrNb3FxT5SKXdxX7vhDpxDS/?lang=em>. Acesso em: 03 ago. 2022.

GRAY, D.E. **Pesquisa no mundo real**. Tradução: Roberto Cataldo Costa. 2 ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

GUINSBURG, R. Dor no recém-nascido. In: ALVES, J.G.B.; FERREIRA, O.S.; MAGGI, R.S. **Pediatria**: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004, p.307-312.

HANSON, C. *et al.* *Care practices and neonatal survival in 52 neonatal intensive care units in Telangana and Andhra Pradesh, India: a cross-sectional study*. **Plos Med**, [S.l.] v.16, n.7, 2019. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6650044/>. Acesso em: 18 set. 2019.

IASP. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. **Acute Pain Management in newborn Infants**. Washigton: IASP, v. 19, n.6, 2011. Disponível em <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsletterIssue.aspx?ItemNumber=2075>. Acesso em 25 mar.2020.

KAUR, M.H. *et al.*, *Study of pain response in neonates during venipuncture with a view to analyse utility of topical anaesthetic agent for alleviating pain*. **Med J Armed Forces**, India, 2018. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31065181/>. Acesso em 27 nov. 2019.

KIVESTE, A.T. *et al.*; *Nurse's perceptions of infant's procedural pain assessment and alleviation with non-pharmacological methods in Estonia*. **J Pediatr Nurs**, v.62, e156-163, 2022. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34561132/>. Acesso em: 02 ago 2022.

KLOCK, P.; ERDMANN, A.L. Especificidades e implicações do cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal. In: SOUSA, F.G.M. et al (organiz.). **Interfaces da Pesquisa no Cuidado de enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica**. Curitiba: CRV, 2019, p. 41-50.

KLOCK, P. *et al*. Melhores práticas na gerência do cuidado de enfermagem neonatal. **Texto e Contexto Enferm** [internet], v.28:20170157, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/RPmDKvJMj9bjTgb4tZzsXyN/?lang=pt>. Acesso em: 22 jan. 2023.

KOERICH, C. *et al*. A Teoria Fundamentada nos dados: evidenciando divergências e contribuições para a pesquisa em enfermagem. **REME- Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v.22, e1084, 2018. Disponível em <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1222>. Acesso em 01 mar. 2021.

LACERDA, M.R. *et al*. Construção da Teoria Fundamentada nos Dados: da elaboração de conceitos à validação. In: LACERDA, M.R.; SANTOS, J.L.G. **Teoria Fundamentada nos Dados: bases teóricas e metodológicas**. Porto Alegre: Moria, 2019. p.249-269.

LAGO, P. *et al.*, *Pain study group of the Italian society of neonatology Systematic review of nonpharmacological analgesic interventions for common needle related procedure in newborn infants and development of evidence based clinical guidelines. Act Pediatr*. v.106, n.6, p.864-70, 2017. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28295585/>. Acesso em: 15 mai 2021.

LEITE, J.L. *et al*. Reflexões sobre o pesquisador nas trilhas da Teoria Fundamentada nos Dados. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.46, n.3, p-772-777, 2012. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/re USP/v46n3/33.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.

LESSA, L. *et al*. Coleta de dados na Teoria Fundamentada nos Dados. In: LACERDA, M.R.; SANTOS, J.L.G. **Teoria Fundamentada nos Dados: bases teóricas e metodológicas**. Porto Alegre: Moria, 2019. p.199-223.

LOPES, C.H.A.F.; JORGE, M.S.B. Interacionalismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.39, n.1, p.103-108, 2005. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/re USP/v39n1/a14v39n1.pdf>. Acesso em: 4 out. 2020.

MACIEL, H.I.A *et al*. Medidas Farmacológicas e não farmacológicas de controle e tratamento da dor em recém-nascidos. **Rev. bras. ter. Intensiva**, São Paulo, v.31, n.1, p.21-26, 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rbti/v31n1/0103-507X-rbti-20190007.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.

MAGALHÃES, A.L.P. *et al*. Perspectiva Straussiana da Teoria Fundamentada nos Dados. In: LACERDA, M.R.; SANTOS, J.L.G. **Teoria Fundamentada nos Dados: bases teóricas e metodológicas**. Porto Alegre: Moria, 2019. p.55-78.

MAIRINK, A.P.A.R.; GRADIM, C.V.C.; PANOBIANCO, M.S.P. *The use of the qualitative methodology of the Grounded Theory in nursing research. Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.25, n.3, e20200494, 2021. Disponível em

<https://www.scielo.br/j/ean/a/69WhCvMv4gKVmGfyr3WKzCQ/?lang=pt>. Acesso: 20 out. 2021.

MARQUES, A.C.G. **Avaliação dos conhecimentos e práticas de profissionais de saúde sobre a dor do recém-nascido**. 2016. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016

McEWEN, M.; WILLS, E.M. **Bases teóricas para enfermagem**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MELO, G.M. *et al.* Escalas de avaliação da dor em recém-nascidos: revisão integrativa. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v.32, n.4, p. 395-402, 2014. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/rpp/v32n4/pt_0103-0582-rpp-32-04-00395.pdf. Acesso em 28 abr. 2020.

MELO, A.S.; QUERIDO, D.L.; MAGESTI, B.N. *Construction and validation of educational technology for non-pharmacological management of neonatal pain*. **BrJP**, São Paulo, v.5, n.1, p.26-31, 2022. Disponível em <https://www.scielo.br/j/brjp/a/Zh3gnyLHGV9QVmgryb7sgZd/?lang=en>. Acesso em 04 ago. 2022.

MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, H. **Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005

METELSKI, F.K. *et al.* *Construtivist Grounded Theory: characteristics and operational aspects for nursing research*. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, n.55, e03776, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reensp/a/WrGy5B6wbCrz8jwLW5ykknP/?format=pdf&lan>. Acesso em: 20 fev. 2022.

MONTANHOLI, L.L. **Atuação da enfermeira na UTI neonatal: entre o ideal, o real e o possível**. São Paulo, 2008. 138p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MORAES, E.L.L.; FREIRE, M.H.S.F. *Painful and stressful procedures and analgesia in newborns from the viewpoint of professionals*. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.72 (Suppl 3), p.177-84, 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reben/a/kBdwCqTvJvWxbPv3P36djhM/?lang=em>. Acesso em 03 ago. 2022.

MOREIRA, M.E.L. *et al.* Conhecendo uma UTI Neonatal. In: MOREIRA, M.E.L.; BRAGA, N.A.; MORSCH, D.S. (Org.). **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTIN Neonatal**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p.29-42.

MORETE, M.C. Avaliação da dor do escolar diante da punção venosa periférica. **Rev dor**, São Paulo, v.11, n.2, p.145-149, 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issues&pid=1806-0013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 28 abr. 2020.

MOTTA, G.C.P.; CUNHA, M.L.C. Prevention and non-pharmacological management of pain in newborns. **Rev Bras Enferm**, Rio de Janeiro, v.68, n.1, p.131-135, 2015.

OLIVEIRA, C.R. *et al.* Manejo da dor neonatal em uma maternidade de risco habitual: perspectivas de profissionais líderes da equipe de saúde. **Rev. min. enferm.**, Belo Horizonte, v.24, e.1289, 2020.

Disponível em <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1289.pdf>. Acesso em: 7 set. 2020.

PEITER, C.C. *et al.* Teoria fundamentada nos dados: Utilização em artigos de revistas brasileiras de enfermagem com Qualis A. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v.29, e20180177, 2020. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/tce/v29/pt_e20180177.pdf. Acesso em: 7 set. 2020.

PINHEIRO, I.O. *et al.* Pain evaluation in newborns using the Neonatal Facial Activity Coding Scale during blood gases analysis. **Rev Dor**, São Paulo, v.16, n.3, p.176-180, 2015.

Disponível em https://www.scielo.br/pdf/rdor/v16n3/pt_1806-0013-rdor-16-03-0176.pdf. Acesso em: 30 set. 2019.

RAWAL, S.R.; GHAI, A.; JINDAL, T. *Twenty-five percent dextrose and EBM in pain relief during heel lance in late preterm babies using the PIPP score: a randomized controlled trial.* **Journal of Neonatology**, v.32, n.2, p.43-49, 2018. Disponível em:

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0973217918795027>. Acesso em: 10 out. 2020.

RIBEIRO, J.; SOUZA, F.N.; LOBÃO, C. Saturação da análise na investigação qualitativa: quando parar de recolher dados?, **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v.6, n.10, p.3-7, 2018. Disponível em <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/213>. Acesso em: 25 mar. 2020.

RIBEIRO, J.F. *et al.* O prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal: a assistência do enfermeiro. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v.10, n.10, p.3833-3841, 2016. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30114>. Acesso: 16 abr. 2020.

SANDSTROM, K.L.; MARTIN, D.D.; FINE, G.A. **Símbolos, selves e realidade social: uma abordagem interacionista simbólica à psicologia social e à sociologia.** Petrópolis: Vozes, 2016.

SANTOS, B.S. **Um discurso sobre as ciências.** São Paulo: Cortez, 2018.

SANTOS, L.M. *et al.* Avaliação da dor do recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.65, n.1, p.27-33, 2012. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/04.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2020.

SANTOS, F.K.; VALADARES, G.V. Conhecendo as estratégias de ação e interação utilizadas pelos clientes para o enfrentamento da diálise peritoneal. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.423-431, 2013. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/pdf/1277/127728368004.pdf>. Acesso em: 5 out. 2020.

SANTOS, M.C.C. *et al.* Avaliação materna da dor em recém-nascidos prematuros. **Rev Rene**, Fortaleza, v.16, n.6, p.842-847, 2015. Disponível em:

<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/2873>. Acesso em: 25 mar. 2020.

SANTOS, J.L.G. *et al.* *Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde.* **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, 2016. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160056.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2020.

SANTOS, S.R. Interacionalismo simbólico: uma abordagem teórica de análise na saúde. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v.17, n.2p.1-9, 2017. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000100014. Acesso em: 4 out. 2020.

SANTOS, J.L.G. *et al.* Análise de dados: comparação entre as diferentes perspectivas metodológicas da Teoria Fundamentada nos Dados. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.52, e.03303, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100600&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2019.

SANTOS, S.S. *et al.* Reflexões teóricas sobre o cuidar de si à luz do internacionalismo simbólico: um estudo de revisão integrativa. **Investigação Qualitativa em Saúde**, [s.l.], p.140-150, 2020a. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/343001808>. Acesso em: 4 out. 2020.

SANTOS, G.L.A. *et al.*, *Interprofessional collaborative practice and nursing care.* **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, n.24, n.3, e20190277, 2020b. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ean/a/RLX8ZSjS34jNJpDpfPcX5tq/?format=pdf&lang=em>. Acesso em: 04 ago. 2022.

SÁ NETO, J.A.; RODRIGUES, B.M.R.D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto contexto enferm**, Florianópolis, v.19, n.2, p.372-377. 2010. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/20.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2020.

SILVA, Y.P *et al.* Evolução da dor em neonatologia. **Rev. bras. anestes.**, [S.l.], v.57, n.5, p.565-574, 2007. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19462133/>. Acesso em: : 22 mai. 2020.

SILVA, C.L. Interacionalismo Simbólico: história, pressupostos e relação professor e aluno; suas implicações. **Revista Educação por escrito - PUCRS**, Porto Alegre, v.3, n.2, p.73-84, 2012.

SILVA, G. **Avaliação manejo da dor neonatal**: contribuições da enfermagem. Florianópolis, 2017. 271p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017a.

SILVA, G.W.S. *et al.* Teoria Fundamentada nos dados em teses e dissertações da enfermagem brasileira. **Texto contexto enferm**, Florianópolis, v.27, n.4, 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n4/0104-0707-tce-27-04-e3870017.pdf>. Acesso em 10 mar. 2020.

SILVA, M.M. *et al.* Aspectos históricos e características metodológicas da Teoria Fundamentada nos Dados. In: LACERDA, M.R.; SANTOS, J.L.G. **Teoria Fundamentada nos Dados**: bases teóricas e metodológicas. Porto Alegre: Moriá, 2019. p.31-53.

SOARES, M.F.E.S. *et al.* Newborn's pain under the mother's perception. **Rev Dor**, São Paulo, v.18, n.4, p.338-341, 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rdor/v18n4/1806-0013-rdor-18-04-0338.pdf>. Acesso em 20 jun. 2020.

SOLANO, L.C. *et al.* *By avenue: dialoging about Grounded Theory*. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.26, e.28047, p.1-5, 2018. Disponível em <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/28047>. Acesso em: 15 jul. 2020.

SPOSITO, N.P.B. *et al.* Avaliação e manejo da dor em recém-nascidos internados unidade de terapia intensiva neonatal: estudo transversal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.25, e2931, 2017. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2931.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

SOARES, R.S.A. *et al.* *Coding and analyzing data from the perspective of the theory based on data: case report*. **Rev enferm UFPE on line**, v.9, n.8, p.8916-22, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10678>. Acesso em: 05 mai. 2022.

SOUSA, F.G.M. *et al.* Estratégias analíticas na Teoria Fundamentada nos Dados. In: LACERDA, M.R.; SANTOS, J.L.G. **Teoria Fundamentada nos Dados: bases teóricas e metodológicas**. Porto Alegre: Moriá, 2019. p.225-247.

SOUZA, A.B.G. História da Neonatologia. In: SOUZA, A.B.G. (colab.). **Enfermagem Neonatal: cuidado integral ao Recém-nascido**. São Paulo: Martinari, 2011.

SUDARAN, B. *et al.* *Facilitated tucking on pain preterm newborns during neonatal intensive care: a single blinded randomized controlled cross over pilot rial*. **J Pediatric Rehabil Med**, v. 6, n.1, p. 19-27, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23481888>. Acesso em: 17 out. 2020.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TAROZZI, M. **O que é a Grounded Theory: metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada em dados**. Petrópolis: Vozes, 2011.

UEMA, R.T.B. *et al.*, *Pain management during arterial puncture in newborns: a descriptive study*. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.29: e62858, 2021. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbti/a/cQFhQpgCPdXhd4ZCZ3qBHPs/abstract/?lang=em>. Acesso em: 02 ago. 2022.

VALERI, B.O.; HOLSTI, L.; LINHARES, M.B.M. Neonatal pain and developmental outcomes in children Born Preterm: a systematic review. **The Clin. J. of pain**, [S.l.], v.31, n.4, p.355-362, 2015. Disponível em https://journals.lww.com/clinicalpain/Abstract/2015/04000/Neonatal_Pain_and_Developmental_Outcomes_in.9.aspx. Acesso em: 20 set. 2020.

VIDAL, S.A. et al. Mortalidade Neonatal. In: ALVES, J.G.B.; FERREIRA, O.S.; MAGGI, R.S. **Pediatria**: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004, p.197-205.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 3.ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WALDOW, V.R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e os cosmos. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

WALDOW, V.R. **Cuidar**: expressão humanizada de enfermagem. Petrópolis: Vozes, 2006.

WHALEY, L.F.; WONG, D.L. **Enfermagem pediátrica**: elementos essenciais á intervenção efetiva. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

WHITTEMORE, R.; KANAFL, K. *The integrative review: updated methodology*. **Journal of Advanced Nursing**, v.52, n.5, p. 543-553, 2005. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>. Acesso em: 15 set. 2019.

XAVIER, F.G. **Significados de demandas de cuidado de pessoas que vivenciam úlceras crônicas de membros inferiores**: contribuições para a enfermagem. Rio de Janeiro, 2016, 191p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) à participar como voluntário da pesquisa denominada: **O SIGNIFICADO DO CUIDADO COM A DOR DE RECÉM-NASCIDOS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE**: construção de uma Matriz Teórica, que está sob a responsabilidade de Marianne Rocha Duarte de Carvalho Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (PPGENF-UFPI) e Silvana Santiago da Rocha, Docente do PPGENF-UFPI QUE tem como **objetivo**: Construir uma matriz teórica a partir da compreensão do universo de significados relacionados ao cuidado de profissionais de saúde com a dor de recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Antes de concordar em participar é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento e aproveite para esclarecer todas as suas dúvidas com a pesquisadora Marianne Rocha Duarte de Carvalho. Se mesmo assim as dúvidas persistirem você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, que acompanha e analisa as pesquisas científicas que envolvem seres humanos, no campus Universitário Ministro Petrônio Portela, bairro Ininga, Teresina – Piauí, telefone (86) 3237-2332, e-mail: cep.ufpi@ufpi.br no horário de atendimento ao público, segunda a sexta nos turnos: manhã (08h00 às 12h00) e tarde (14h00 às 18h00). Caso decida participar assine este documento, e uma cópia dele ficará com você. Caso decida não participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

A pesquisa tem como **justificativa** o fato dos RN internados na UTIN serem submetidos diariamente a uma série de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos necessários para o restabelecimento de sua saúde mas que são acompanhados de dor ou desconforto. Desta forma, a elaboração de uma matriz teórica de cuidado com a dor neste grupo, poderá não apenas nortear discussões na forma como os profissionais de saúde vem cuidando, mas contribuir para uma melhoria da qualidade na assistência ao RN submetido a procedimentos dolorosos na perspectiva do cuidado integral, humanizado, visando a redução de possíveis danos no desenvolvimento deste.

Como **procedimentos para coleta dos dados** serão utilizados a entrevista semi-estruturada realizada de forma individual ou através da plataforma para videoconferência google meet. A sua participação consistirá inicialmente em responder as perguntas abertas lançadas pelo pesquisador, mas considere-se livre para adicionar qualquer informação que acredite ser relevante. As entrevistas acontecerão com data e horário previamente agendados e serão gravadas em meio digital, sendo transcritas com auxílio do aplicativo *Transcribe* após o

seu término. O tempo de duração da entrevista será de acordo com a sua disponibilidade podendo até mesmo acontecer em mais de um momento distinto.

Esclareço que esta pesquisa apresenta riscos mínimos como os de natureza intelectual, psicológica e social. Outro possível risco está associado à quebra de sigilo, mas como este estudo visa elaborar uma matriz teórica explicativa, nos resultados irão mencionar poucas referências direitas aos participantes, priorizando-se conceituações de processos que não se referem diretamente a vocês. Serão tomadas cautelas para evitar efeitos e condições adversas, que possam lhe causar danos, mas em face de ocorrência desses será prestada assistência suspendendo-se se necessário a participação do sujeito e proporcionando escuta atenciosa para esclarecimento a fim de evitar qualquer tipo de constrangimento.

O Sr. (a) não terá nenhum benefício direto, sendo que esta pesquisa trará benefícios indiretos ao contribuir na construção de uma matriz teórica que poderá embasar a formação de graduandos e pós-graduandos na área da saúde e contribuir para reflexão e mudança de comportamento no cuidado com a dor do RN no ambiente da UTIN.

Os resultados obtidos neste estudo serão utilizados para fins acadêmico-científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem a manter o sigilo e identidade anônima, como estabelecem as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012 e 510/2016 e a Norma Operacional 01 de 2013 do Conselho Nacional de Saúde, que tratam de normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos. E você terá livre acesso as todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, bem como lhe é garantido acesso a seus resultados.

Esclareço ainda que você não terá nenhum **custo** com a pesquisa, e caso haja por qualquer motivo comprovado, asseguramos que você será devidamente ressarcido. Não haverá nenhum tipo de pagamento por sua participação, ela é voluntária. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente de sua participação neste estudo você poderá ser indenizado conforme determina a Resolução 466/2012 do CNS, bem como lhe será garantido a assistência integral.

Após devidos esclarecimentos e estando ciente e de acordo com o que me foi exposto, declaro que () CONCORDO () NÃO CONCORDO em participar desta pesquisa dando pleno consentimento para o uso das informações por mim prestadas e que me foi dada oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas. No que se refere à captação de imagem e voz por meio de gravação e/ou filmagem, () AUTORIZO A CAPTAÇÃO DE AMBOS, () NÃO AUTORIZO A CAPTAÇÃO () AUTORIZO APENAS A CAPTAÇÃO DE VOZ.

Teresina, ____ de _____ de 2021.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B - INTERFACE DO CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DO ESTUDO E INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES NO *GOOGLE DOCS*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa O SIGNIFICADO DO CUIDADO COM A DOR DE RECÉM-NASCIDOS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE: construção de uma Matriz Teórica, sob a responsabilidade de Marianne Rocha Duarte de Carvalho Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI e Silvana Santiago da Rocha, Docente do programa. A finalidade deste estudo é construir uma matriz teórica a partir da compreensão do universo de significados relacionados ao cuidado de profissionais de saúde com a dor de recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Sua participação é voluntária, você poderá escolher ou não participar deste estudo ao final deste termo, e em nenhum momento você será identificado(a). Os dados coletados farão parte apenas deste trabalho e seus resultados só serão utilizados para fins de pesquisa. Para participar você não terá nenhum gasto financeiro e não haverá qualquer pagamento pela participação no estudo. Caso aceite o convite, você responderá a algumas perguntas referentes à sua caracterização sociodemográfica e conversaremos, por meio de uma entrevista com perguntas abertas, sendo permitido a você acrescentar qualquer informação que considerar relevante. Para garantir que todos os detalhes da nossa conversa sejam registrados, solicitamos que você grave a conversa. O áudio será guardado em local seguro, sob nossa responsabilidade e será utilizado apenas para fins de estudo. As entrevistas serão online na plataforma google meet, ou presenciais, se você preferir, em local e horário da sua escolha. Os riscos que envolve sua participação nesta pesquisa são mínimos, sendo de natureza intelectual, psicológica e social. Caso isso ocorra, e for da sua vontade, a entrevista será interrompida e eu estarei disponível para oferecer suporte e apoio através de escuta ativa. A entrevista somente será retomada, no momento que você se sentir disposto para tal. Esta pesquisa não trará benefícios diretos a você. No entanto, o estudo poderá embasar a formação de graduandos e pós-graduandos na área da saúde e contribuir para reflexão e mudança de comportamento no cuidado com a dor do RN no ambiente da UTIN.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pela Comissão de Ética da MDER e Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFPI. Assim, se for necessário entre em contato com o CEP UFPI no campus Universitário Ministro Petrônio Portela, bairro Ininga, Teresina – Piauí, telefone (86) 3237-2332, e-mail: cep.ufpi@ufpi.br no horário de atendimento ao público, segunda a sexta nos turnos: manhã (08h00 às 12h00) e tarde (14h00 às 18h00).

Colocamo-nos à disposição para qualquer informação adicional no email marianneduarte26@hotmail.com . Caso aceite participar, você poderá fazer o download de uma via desse termo, que é sua por direito, na próxima página desse link. Se preferir, poderá receber uma via por email.

E-mail *

E-mail válido

Este formulário está coletando e-mails. [Alterar configurações](#)

Fui esclarecido (a) quanto aos objetivos e procedimentos do estudo, assim: *

Eu aceito participar

Eu não aceito participar

Após a seção 1 Ir para a seção 2 (AGRADECEMOS PELO SEU ACEITE)

Seção 2 de 2

AGRADECEMOS PELO SEU ACEITE

Em breve entraremos em contato com mais informações do nosso encontro.

O link abaixo disponibiliza o TCLE para download: https://docs.google.com/document/d/1DfIOXjXseg0dW_e7SVUOEMwXozOGWZM0EgFkFBQ1Ys/edit?usp=sharing

APÊNDICE B - INTERFACE DO CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DO ESTUDO E INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES NO *GOOGLE DOCS*

The image shows a Google Docs form interface with a light blue background. It contains several sections for data collection:

- Nome ***: A text input field with the placeholder "Texto de resposta curta".
- Sexo ***: A radio button selection with options "Masculino" and "Feminino".
- Categoria Profissional ***: A radio button selection with options "Enfermeiro (a)", "Médico (a)", "Fisioterapeuta", "Técnico (a) de Enfermagem", and "Fonoaudiólogo (a)".
- Tempo de Trabalho na UTIN (em anos) ***: A text input field with the placeholder "Texto de resposta curta".
- Qual o melhor dia e horário para agendarmos a entrevista? ***: A text input field with the placeholder "Texto de resposta curta".
- Por favor, deixe seu contato de preferência (e-mail) e/ou número de celular) para contactá-lo (a). ***: A text input field with the placeholder "Texto de resposta curta".

On the right side of the form, there is a vertical toolbar with icons for adding content, undo, redo, insert image, insert video, and a menu icon.

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**TÍTULO: O SIGNIFICADO DO CUIDADO COM A DOR DE RECÉM-NASCIDOS
PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE: Construção de uma Matriz Teórica**

Participante nº _____

Data ____/____/____

Categoria Profissional: () Médico () Enfermeiro () Técnico de Enfermagem
() Fisioterapeuta () Fonoaudiólogo () Outra _____

Tempo que desempenha atividades na UTIN: _____

Questões norteadoras:

- 1- Relate o que significa para você cuidar do recém-nascido com dor na UTIN.
- 2- Fale-me como você percebe o cuidado prestado pelos profissionais de saúde ao RN que manifesta sinais de dor e/ou desconforto na UTIN.
- 3- Qual o seu entendimento acerca das ações de cuidado com a dor do RN realizados pelos profissionais que prestam assistência na UTIN?
- 4- Além do que você já falou, gostaria de acrescentar alguma outra informação sobre o assunto?

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE DO
ESTUDO



CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Joaquim Vaz Parente, Diretor de Ensino e Pesquisa da Maternidade Dona Evangelina Rosa situada em Teresina/ PI, declaro que a doutoranda Marianne Rocha Duarte de Carvalho pretende realizar nesta instituição o projeto de pesquisa: **“O SIGNIFICADO DO CUIDADO COM A DOR DE RECÉM-NASCIDOS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE.** Orientador: Prof^ª Silvana Santiago da Rocha, , cujo Objetivo geral: construir uma matriz teórica a partir da compreensão do universo de significados relacionados ao cuidado de profissionais de saúde com a dor de recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

- 1) Garantia da confidencialidade, no anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros;
- 2) Que haverá riscos mínimos para o participante da pesquisa;
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa;
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e para comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal do Piauí - UFPI garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Teresina, 15 fevereiro de 2021.

Dy. Joaquim Vaz Parente
CRM-PP554 CPF: 968.106.751-91
Diretor de Ensino e Pesquisa - MDER

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O SIGNIFICADO DO CUIDADO COM A DOR DE RECÉM-NASCIDOS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE: Construção de uma Matriz Teórica

Pesquisador: silvana santiago da rocha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43399221.5.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.630.289

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivos da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_ "O SIGNIFICADO DO CUIDADO COM A DOR DE RECÉM-NASCIDOS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE: Construção de uma Matriz Teórica", de 20/02/2021) e do Projeto Detalhado (16/02/2021): RESUMO, HIPOTESE, METODOLOGIA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.

RESUMO: Introdução: Os recém-nascidos internados em Unidades Neonatais são expostos diariamente a procedimentos invasivos que apesar de ocasionar dor e desconforto, são necessários para garantir o suporte diagnóstico e terapêutico que necessitam. Após a identificação e mensuração da dor, devem ser instituídas estratégias adequadas para minimização e/ou controle, sendo esta uma responsabilidade da equipe multiprofissional. Objetivo: Construir uma matriz teórica a partir da compreensão do universo de significados relacionados ao cuidado de profissionais de saúde com a dor de recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Métodos: Estudo qualitativo, desenvolvido à luz das premissas da Teoria Fundamentada nos Dados, tendo como referencial teórico o Interacionismo Simbólico. O cenário inicial do estudo será a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de uma maternidade pública de referência na cidade de Teresina, Piauí, Brasil. Os participantes serão elencados por meio de amostragem teórica, sendo o

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.			
Bairro: Ininga		CEP: 64.049-550	
UF: PI	Município: TERESINA		
Telefone: (86)3237-2332	Fax: (86)3237-2332	E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br	

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UFPI



Continuação do Parecer: 4.630.289

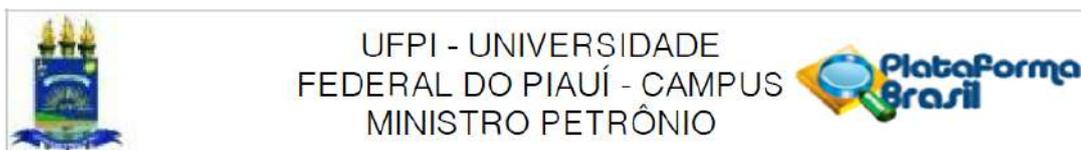
primeiro grupo amostral constituído por enfermeiros que assistem diretamente recém-nascidos neste ambiente de cuidados. Para produção dos dados, serão realizadas entrevistas semiestruturadas, guiadas por um roteiro de perguntas abertas, combinadas com observações de campo para melhor compreensão da realidade investigada. A análise de dados acontecerá concomitantemente à coleta, sendo estruturada em três etapas: codificação aberta, axial e integração. Estas permitirão a organização da categoria central, que deverá revelar a essência da experiência vivenciada, resultando na construção de um modelo teórico explicativa do fenômeno estudado.

HIPÓTESE: O referencial utilizado na pesquisa prevê que as hipóteses somente serão geradas no processo de coleta e análise dos dados. Estas hipóteses são consideradas provisórias e serão constantemente compradas com os novos dados provenientes das entrevistas, e somente posteriormente confirmadas, tornando a explicação teórica cada vez mais densa.

METODOLOGIA PROPOSTA: Trata-se de estudo de abordagem qualitativa que utilizará a TFD como referencial metodológico, a fim de construir um modelo teórico para o cuidado de profissionais de saúde em relação à dor de recém-nascidos em UTIN. O cenário inicial do estudo será a UTIN de uma maternidade pública de referência em atendimento de alta complexidade na área obstétrica e perinatal, localizada na cidade de Teresina-Piauí, Brasil. Na TFD, os participantes são elencados por meio da amostragem inicial com indivíduos que possuam experiência relevante sobre o fenômeno investigado. Posteriormente, à medida que a análise dos dados vai se delimitando, novos grupos amostrais são incorporados ao processo. Portanto, serão participantes deste estudo aqueles profissionais que possibilitarem a compreensão do objeto em investigação. Inicialmente, participarão os enfermeiros que prestam assistência direta aos RN na UTIN, por entender que estes profissionais junto aos demais que compõem a equipe de enfermagem são os que permanecem a maior parte de tempo em contato com os neonatos em virtude da sua dependência de cuidados necessários ao seu desenvolvimento. Os dados serão coletados por meio de entrevistas realizadas em encontros individuais com os participantes. Será utilizada a técnica de entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro com perguntas abertas. As entrevistas do primeiro grupo amostral serão realizadas em ambiente calmo e tranquilo para não ocorrer interrupções. A mudança no local acontecerá apenas se for de interesse do participante. As mesmas acontecerão com data e hora agendadas previamente e serão gravadas em meio digital. No caso de persistência da situação de pandemia, com necessidade de distanciamento social serão utilizadas tecnologias

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UFPI



Continuação do Parecer: 4.630.289

informatizadas e programas de acesso remoto via internet para comunicação com os participantes do estudo. Estes serão contatados por meio de ferramentas digitais como ligações, e-mails e mensagens de Whatsapp, em que serão apresentados os objetivos do estudo e as estratégias para coleta de dados. Em seguida, devem fornecer seus e-mails, através do qual receberão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em formulário Google docs e procederão com a assinatura, indicando assim interesse em participar do estudo. Concordando em participar, será realizado agendamento de entrevista individual no horário de disponibilidade do participante, através da plataforma para videoconferência google meet, que permite a participação on-line no computador ou por meio de aplicativo instalado em dispositivos móveis, bem como a gravação de vídeo e áudio do diálogo entre a pesquisadora e o pesquisado. Se possível, as entrevistas serão combinadas com observações de campo para melhor compreensão da realidade investigada e aprofundamento das reflexões.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO: Profissionais de ambos os sexos, que estejam em pleno exercício das atividades na instituição, durante o período de coleta, que atuem na UTIN há pelo menos seis meses, período considerado mínimo para vivências de práticas assistenciais; e que aceitem participar do estudo de forma voluntária.

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO: Profissionais que estiverem afastados do trabalho por férias, licença de qualquer natureza, bem como aqueles que atuarem em função exclusiva de gestão ou administrativas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Construir uma matriz teórica a partir da compreensão do universo de significados relacionados ao cuidado de profissionais de saúde com a dor de recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Objetivo Secundário:

Apreender o universo de significados relacionados ao cuidado de profissionais de saúde com a dor de recém-nascidos.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.			
Bairro: Ininga		CEP: 64.049-550	
UF: PI	Município: TERESINA		
Telefone: (86)3237-2332	Fax: (86)3237-2332	E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br	

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UFPI



Continuação do Parecer: 4.630.289

Relacionar as condições intervenientes, ações e interações, e consequências que se relacionam com o fenômeno estudado;

Discutir a partir das atitudes, práticas e sentimentos o cuidado com a dor de recém-nascidos no contexto da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o TCLE:

Riscos - Esclareço que esta pesquisa apresenta riscos mínimos como os de natureza intelectual, psicológica e social. Outro possível risco está associado à quebra de sigilo, mas como este estudo visa elaborar uma matriz teórica explicativa, nos resultados irão mencionar poucas referências diretas aos participantes, priorizando-se conceituações de processos que não se referem diretamente a vocês. Serão tomadas cautelas para evitar efeitos e condições adversas, que possam lhe causar danos, mas em face de ocorrência desses será prestada assistência suspendendo-se se necessário a participação do sujeito e proporcionando escuta atenciosa para esclarecimento a fim de evitar qualquer tipo de constrangimento.

Benefícios - esta pesquisa trará benefícios indiretos ao contribuir na construção de uma matriz teórica que poderá embasar a formação de graduandos e pós-graduandos na área da saúde e contribuir para reflexão e mudança de comportamento no cuidado com a dor do RN no ambiente da UTIN.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante sobre o cuidado com a dor de recém-nascidos para os profissionais de terapia intensiva neonatal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/2012, apto para ser desenvolvido, parecer de Aprovado.

Em atendimento as Resoluções CNS nº 466/2012 e 510/2016, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UFPI



Continuação do Parecer: 4.630.289

Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001/2013, item XI. 2.d.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação protocolo de pesquisa.

Solicita-se que seja enviado ao CEP/UFPI/CMPP o relatório parcial e o relatório final desta pesquisa. Os modelos encontram-se disponíveis no site: <http://ufpi.br/cep>

1* Em atendimento as Resoluções CNS nº 466/2012 e 510/2016, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação";

2* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

3* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4* O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1688255.pdf	20/02/2021 08:58:07		Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UFPI



Continuação do Parecer: 4.630.289

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	20/02/2021 08:57:47	silvana santiago da rocha	Aceito
Outros	CurriculoMarianne.pdf	16/02/2021 13:04:17	silvana santiago da rocha	Aceito
Outros	CurriculoSilvana.pdf	16/02/2021 13:03:32	silvana santiago da rocha	Aceito
Outros	DeclaracaoPandemia.pdf	16/02/2021 13:03:06	silvana santiago da rocha	Aceito
Outros	InstrumentoColeta.docx	16/02/2021 13:02:36	silvana santiago da rocha	Aceito
Outros	TermoConfidencialidade.pdf	16/02/2021 13:01:54	silvana santiago da rocha	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	CartaEncaminhamento.pdf	16/02/2021 13:01:10	silvana santiago da rocha	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	16/02/2021 13:00:22	silvana santiago da rocha	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	16/02/2021 13:00:09	silvana santiago da rocha	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaopesquisadores.pdf	16/02/2021 12:59:47	silvana santiago da rocha	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaAnuencia.pdf	16/02/2021 12:58:54	silvana santiago da rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoTese.pdf	16/02/2021 12:58:33	silvana santiago da rocha	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	16/02/2021 12:57:16	silvana santiago da rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 05 de Abril de 2021

Assinado por:**Raimundo Nonato Ferreira do Nascimento
(Coordenador(a))****Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.**Bairro:** Ininga**CEP:** 64.049-550**UF:** PI**Município:** TERESINA**Telefone:** (86)3237-2332**Fax:** (86)3237-2332**E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br