



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

MARCELA DE FRANÇA GOMES

**EFEITOS DE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS DE ENFERMAGEM
NO MANEJO DA DOR NEONATAL: REVISÃO INTEGRATIVA**

RECIFE
2025

MARCELA DE FRANÇA GOMES

**EFEITOS DE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS DE ENFERMAGEM
NO MANEJO DA DOR NEONATAL: REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título Bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Prof^a. Dr^a Mariana Matias Santos

Coorientador (a): Msc. Carina Gleice Tabosa Quixabeira

RECIFE
2025

**Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE**

Gomes, Marcela de França.

**EFEITOS DE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS DE
ENFERMAGEM NO MANEJO DA DOR NEONATAL: REVISÃO
INTEGRATIVA /** Marcela de França Gomes. - Recife, 2025.

38 p. : il., tab.

Orientador(a): Mariana Matias Santos

Coorientador(a): Carina Gleice Tabosa Quixabeira

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Enfermagem - Bacharelado, 2025.
Inclui referências, apêndices, anexos.

1. Dor neonatal. 2. Intervenções não-farmacológicas. 3. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. 4. Enfermagem. 5. Manejo da Dor. 6. Recém-nascido. I. Santos, Mariana Matias . (Orientação). II. Quixabeira, Carina Gleice Tabosa. (Coorientação). IV. Título.

500 CDD (22.ed.)

MARCELA DE FRANÇA GOMES

**EFEITOS DE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS DE ENFERMAGEM
NO MANEJO DA DOR NEONATAL: REVISÃO INTEGRATIVA**

Aprovado em: 20/08/2025

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Mariana Matias Santos (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Tatiane Gomes Guedes (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Ana Paula Esmeraldo Lima

Universidade Federal de Pernambuco

RESUMO

Introdução: a dor neonatal é um fenômeno reconhecido e recorrente em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. As estratégias não farmacológicas têm sido amplamente recomendadas por sua efetividade e segurança. A enfermagem, enquanto especialista no cuidar, desempenha papel fundamental nesse manejo. **Objetivo:** investigar as intervenções não-farmacológicas realizadas por profissionais de enfermagem e seus efeitos no manejo da dor em recém-nascidos internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Método:** revisão integrativa da literatura cuja busca foi realizada em maio a agosto, nas seguintes bases de dados: Medline via Pubmed (Mesh), SCOPUS (Mesh), Cinahl, Embase (Emtree) e LILACS (Decs/Mesh) combinados por operadores booleanos. Foram incluídos artigos originais disponíveis na íntegra, publicados entre 2020 e 2025. **Resultados:** foram selecionados 712 artigos; desses, 16 incluídos. Tratam de intervenções não-farmacológicas como sacarose oral, método canguru, técnicas tátteis, voz materna, canções de ninar, enfaixamento, odor ou paladar do leite humano, batimentos maternos, sucção não-nutritiva, contenção facilitada, travesseiro no abdome, reflexologia ou estímulos sensoriais combinados. A maioria demonstrou redução significativa da dor e melhora dos parâmetros fisiológicos. Estratégias combinadas mostraram-se mais eficazes. **Conclusão:** os efeitos dos métodos não-farmacológicos para alívio da dor em neonatos foram confirmados pelas escalas de dor, frequência cardíaca, respiratória, saturação de oxigênio e tempo de choro. Destacou-se a sacarose oral e as intervenções combinadas. Esses achados podem orientar a prática de enfermagem e a instituição de protocolos institucionais no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Dor Neonatal; Manejo da Dor; Recém-nascido; Intervenções não-farmacológicas; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Neonatal pain is a recognized and recurrent phenomenon in Neonatal Intensive Care Units. Non-pharmacological strategies have been widely recommended for their effectiveness and safety. Nursing, as a care specialist, plays a fundamental role in this management. **Objective:** To investigate non-pharmacological interventions performed by nursing professionals and their effects on pain management in newborns admitted to Neonatal Intensive Care Units. Method: An integrative literature review was conducted from May to August in the following databases: Medline via Pubmed (Mesh), SCOPUS (Mesh), Cinahl, Embase (Emtree), and LILACS (Decs/Mesh), combined using Boolean operators. Original articles available in full, published between 2020 and 2025, were included. **Results:** A total of 712 articles were selected, of which 16 were included. They address non-pharmacological interventions such as oral sucrose, kangaroo care, tactile techniques, maternal voice, lullabies, swaddling, the odor or taste of human milk, maternal heartbeat, non-nutritive sucking, facilitated holding, abdominal pillow, reflexology, or combined sensory stimulation. Most demonstrated significant pain reduction and improvement in physiological parameters. Combined strategies proved more effective. **Conclusion:** The effects of non-pharmacological methods for pain relief in newborns were confirmed by pain scales, heart rate, respiratory rate, oxygen saturation, and crying time. Oral sucrose and combined interventions stood out. These findings can guide nursing practice and the implementation of institutional protocols within the Unified Health System.

Keywords: Neonatal Pain; Pain Management; Newborn; Non-pharmacological Interventions; Neonatal Intensive Care Unit; Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Estratégia de busca avançada nas bases de dados.....	14
Figura 1- Fluxograma PRISMA, com síntese das etapas de busca e seleção da amostra dos artigos da Revisão Integrativa.	17
Quadro 2- Síntese de evidências dos artigos selecionados	19

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BIIP	<i>Behavioral Indicators of Infant Pain Scale</i>
CPAP	<i>Continuous Positive Airway Pressure</i>
GHT	<i>Gentle Human Touch</i>
JBI	<i>Joanna Briggs Institute</i>
NICU	<i>Neonatal Intensive Care Units</i>
NIPS	<i>Neonatal Infant Pain Scale</i>
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
PICo	<i>Population, Interest, Context</i>
PIPP-R	<i>Premature Infant Pain Profile- Revised</i>
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
UTIN	Unidades de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
MÉTODO	13
RESULTADOS	16
DISCUSSÃO	21
CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES.....	26
REFERÊNCIAS	27
ANEXO A- NORMAS DA REVISTA ANNA NERY	31
ANEXO B- JBI.....	36

APRESENTAÇÃO

A assistência ao recém-nascido envolve desafios complexos, devido ao sistema imaturo do neonato e sua clínica. Ao considerar os impactos que os estímulos dolorosos podem gerar no neurodesenvolvimento do neonato recém-nascido, o manejo adequado da dor se torna necessário nas práticas hospitalares. Esta revisão integrativa foi elaborada com o objetivo de organizar as evidências científicas atualizadas sobre os métodos não farmacológicas e seus efeitos no alívio da dor em unidades de terapia intensiva neonatal. Este Trabalho de Conclusão de Curso foi desenvolvido em formato de artigo científico, e organizado conforme as normas da revista Escola Anna Nery (ANEXO A).

ARTIGO CIENTÍFICO

Efeitos de intervenções não farmacológicas de enfermagem no manejo da dor neonatal: revisão integrativa

RESUMO

Objetivo: investigar as intervenções não-farmacológicas realizadas por profissionais de enfermagem e seus efeitos no manejo da dor em recém-nascidos internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Método:** revisão integrativa da literatura cuja busca foi realizada em maio a agosto, nas seguintes bases de dados: Medline via Pubmed (Mesh), SCOPUS (Mesh), Cinahl, Embase (Emtree) e LILACS (Decs/Mesh) combinados por operadores booleanos. Incluiu-se artigos originais disponíveis na íntegra, publicados entre 2020 e 2025. **Resultados:** foram selecionados 712 artigos, desses, 16 incluídos. Tratam de intervenções não-farmacológicas como sacarose oral, método canguru, técnicas tátteis, voz materna, canções de ninar, enfaixamento, odor ou paladar do leite humano, batimentos maternos, sucção não-nutritiva, contenção facilitada, travesseiro no abdome, reflexologia ou estímulos sensoriais combinados. A maioria demonstrou redução significativa da dor e melhora dos parâmetros fisiológicos. Estratégias combinadas mostraram-se mais eficazes. **Considerações finais e implicações para a prática:** os efeitos dos métodos não-farmacológicos para alívio da dor em neonatos foram confirmados pelas escalas de dor, frequência cardíaca, respiratória, saturação de oxigênio e tempo de choro. Destacou-se a sacarose oral e as intervenções combinadas. Esses achados podem orientar a prática de enfermagem e a instituição de protocolos institucionais no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Dor Neonatal; Manejo da Dor; Recém-nascido; Intervenções não-farmacológicas; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Na década de 80, acreditava-se que o paciente recém-nascido não tinha capacidade de sentir dor devido à baixa mielinização no cérebro e à ausência da memória da dor, o que representava um sistema nervoso central imaturo. Entretanto, estudos recentes evidenciam que os receptores de dor são mielinizados nas primeiras semanas de gestação e as vias dolorosas cerebrais finalizam a mielinização a partir da 30^a semana de gestação.¹ O conhecimento da percepção da dor nos recém-nascidos (RN) revelou a necessidade de intervenções que a minimizem a dor bem como suas repercussões fisiológicas.²

Nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) a dor pode se manifestar com maior frequência devido ao manuseio excessivo dos recém-nascidos, por meio dos

procedimentos invasivos e repetitivos que colaboram com a evolução da sensação dolorosa.

O ambiente da UTIN, caracterizado por estímulos luminosos intensos e ruídos constantes, contribui para o aumento do estresse e torna os recém-nascidos mais sensíveis à dor. Estudos mostram que os neonatos são expostos, em média, 7,6 a 12,7 de procedimentos invasivos apenas no primeiro dia de internação, o que repercute em alterações dos sinais vitais e instabilidade clínica.³

A avaliação da dor do neonato é primordial pois guia o manejo correto e minimiza os impactos. O recém-nascido apresenta sinais próprios de resposta à dor, caracterizados por choro, extensão de membros, expressão facial ou alteração de sinais vitais. Portanto, é fundamental que o profissional seja capaz de compreender e reconhecer as alterações comportamentais que apontam sensações dolorosas, a fim de oferecer uma assistência integral e qualificada no controle da dor, como também dispor de um tratamento seguro e eficaz.⁴ A falta dessa identificação, entretanto, procede sofrimento desnecessário ao paciente e repercute para além do período neonatal, como na dificuldade de alimentação, hiperalgesia com alterações do sistema somatossensorial e outras respostas exacerbadas ao estresse, além de problemas no desenvolvimento do lactente.^{5,6}

A *European Science Foundation* (ESF), por meio da Rede Europeia de Pesquisa em Cuidados do Desenvolvimento Precoce, estabeleceu o manejo da dor neonatal como um dos oito princípios fundamentais dos cuidados neonatais. A prevenção, avaliação e tratamento da dor em recém-nascidos são responsabilidades da equipe assistencial, que deve atuar de forma integrada e cuidadosa para garantir o conforto e o bem-estar do bebê.⁷

Para garantir um manejo eficaz, é essencial que o monitoramento da dor e das respostas terapêuticas seja constante e permita avaliar a repercussão do tratamento no desenvolvimento do recém-nascido, uma vez que a dor neonatal compromete o bem-estar e a qualidade de vida do lactente.⁸ Diante disso, surge a necessidade de compilar e analisar as

evidências disponíveis na literatura, a fim de identificar as principais intervenções não-farmacológicas e seus efeitos no neonato, desenvolvidas pela equipe de enfermagem aplicadas no manejo da dor em recém-nascidos internados em UTIs neonatais. Objetiva-se, portanto, investigar as intervenções não-farmacológicas realizadas por profissionais de enfermagem e seus efeitos no manejo da dor em recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura (RI). Essa abordagem permitiu a identificação e avaliação crítica das evidências disponíveis ao favorecer sua aplicação na prática clínica e contribuir para a Prática Baseada em Evidências.⁹

A construção da revisão foi conduzida em seis etapas: 1. Elaboração do objetivo e da questão norteadora; 2. Busca sistemática e seleção da literatura; 3. Avaliação da qualidade dos estudos incluídos; 4. Análise dos dados e síntese dos resultados; 5. Discussão dos resultados e conclusão e 6. Apresentação da revisão.⁹

Para elaboração da questão de pesquisa, utilizou-se a estratégia PICo, onde, a partir da identificação do problema de estudo, definiu-se P (população)- recém-nascidos; I (interesse)- Intervenções não-farmacológicas de enfermagem e seus efeitos; Co (contexto)- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Dessa forma, estabeleceu-se a seguinte questão norteadora: quais as intervenções não-farmacológicas de enfermagem e seus efeitos para manejo da dor em recém-nascidos em terapia intensiva neonatal?

Para levantamento dos artigos, realizou-se, nos meses de maio a agosto, a busca avançada nas bases de dados e seus respectivos dicionários de descritores, apresentados no quadro 1.

Quadro 1- Estratégia de busca avançada nas bases de dados. Recife, Pernambuco, Brasil, 2025

Base de dados	Descritores	Filtros	Estratégia de busca
LILACS	"Recém-Nascido" AND "Manejo da Dor" OR "Medição da dor" OR "Avaliação de Eficácia-Efetividade de Intervenções" AND "Unidades de Terapia Intensiva Neonatal"	Ano: 2020 a 2025. Coleção Lilacsplus. Texto completo na íntegra.	("Recém-Nascido") AND ("Manejo da Dor" OR "Medição da dor" OR "Avaliação de Eficácia-Efetividade de Intervenções") AND ("Unidades de Terapia Intensiva Neonatal") AND fulltext:(“1”) AND db:(“LILACS”) AND (year_cluster:[2020 TO 2025]) AND instance:”lilacsplus”
MEDLINE via Pubmed	"Infant, Newborn"[Mesh] AND "Pain Management"[Mesh] OR "Pain Measurement"[Mesh] OR "Treatment Outcome"[Mesh] AND "Intensive Care Units, Neonatal"[Mesh]	Ano: 2020 a 2025. Texto completo na íntegra.	("Infant, Newborn"[Mesh] AND ("Pain Management"[Mesh] OR "Pain Measurement"[Mesh] OR "Treatment Outcome"[Mesh])) AND ("Intensive Care Units, Neonatal"[Mesh])
EMBASE	'newborn' AND 'pain measurement' OR 'therapy effect' AND 'neonatal intensive care unit'	Ano: 2020 a 2025. Texto completo na íntegra.	('newborn'/exp OR 'newborn') AND ('pain measurement'/exp OR 'pain measurement' OR 'therapy effect'/exp OR 'therapy effect') AND ('neonatal intensive care unit'/exp OR 'neonatal intensive care unit') AND (2020:py OR 2021:py OR 2022:py OR 2023:py OR 2024:py OR 2025:py)
SCOPUS	"Infant, Newborn" AND "Pain Management" OR "Pain Measurement" OR "Treatment Outcome" AND "Intensive Care Units, Neonatal"	Ano: 2020 a 2025. Texto completo na íntegra.	(TITLE-ABS-KEY ("Infant, Newborn")) AND (TITLE-ABS-KEY ("Pain Management" OR "Pain Measurement" OR "Treatment Outcome")) AND (TITLE-ABS-KEY ("Intensive Care Units, Neonatal")) AND PUBYEAR > 2019 AND PUBYEAR < 2026
CINAHL	"Infant, Newborn" AND "Pain Management" OR "Pain Measurement" OR "Treatment Outcome" AND "Intensive Care Units, Neonatal"	Ano: 2020 a 2025. Texto completo na íntegra.	"Infant, newborn" AND ("Pain Management" OR "Pain Measurement" OR "Treatment Outcome") AND "Intensive Care Units, Neonatal"

Fonte: Dados da pesquisa, 2025

A conexão entre os termos escolhidos para a estratégia de busca foi estabelecida pelos operadores ‘booleanos’ AND e OR, sendo AND uma combinação restritiva, e OR uma combinação aditiva.

Foram incluídos na revisão artigos originais sem distinção de idiomas, disponíveis na íntegra, publicados no período de 2020 a 2025, que analisaram medidas não farmacológicas para manejo da dor neonatal e seus efeitos no neonato. A escolha desse recorte temporal justifica-se pela dinamicidade das intervenções em saúde, por isso buscouse contemplar as pesquisas mais recentes. Foram excluídos artigos de revisão de literatura, teses, resumos de anais, dissertações, trabalho de conclusão de curso, editoriais e artigos de opinião.

Após as buscas nas bases e portais selecionados, os artigos foram transferidos para o *Software Rayyan*, versão 1.6.0, que sistematizou a seleção dos estudos. A triagem foi realizada por dois avaliadores independentes, que analisaram os títulos e resumos conforme os critérios de elegibilidade previamente definidos. Em casos de discordância quanto à inclusão ou exclusão de estudos, a decisão foi submetida a um terceiro revisor, responsável por resolver as inconsistências e definir a inclusão final do artigo na amostra. Esses dados foram organizados e apresentados na íntegra de acordo com as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)¹⁰.

A triagem e análise dos dados foram organizadas em um quadro síntese de evidências que contém informações referentes ao autor, ano de publicação, país, objetivo, método, nível de evidência e medidas de prevenção da dor e seus efeitos para cada estudo. A determinação do nível de evidência dos estudos incluídos na revisão foi realizada conforme os critérios do Joanna Briggs Institute (JBI) que classifica os diferentes tipos de evidência científica com base nos tipos de estudos¹¹ (ANEXO B).

Os achados da revisão integrativa foram analisados de forma qualitativa, com base

na literatura de referência e de estudos semelhantes. Elaborou-se um resumo descritivo com o objetivo de responder à pergunta de pesquisa proposta, enfatizando os aspectos mais relevantes e propondo recomendações voltadas a profissionais da saúde e pesquisadores.

Quanto aos aspectos éticos, por se tratar de uma revisão integrativa, o estudo não necessitou de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), uma vez que não envolveu participação direta de seres humanos.

RESULTADOS

O processo de busca nas bases de dados gerou inicialmente a identificação de 712 artigos científicos, distribuídos da seguinte forma: Scopus ($n = 332$), CINAHL ($n = 138$), PubMed ($n = 205$), Embase ($n = 25$) e LILACS ($n = 12$).

Na triagem por leitura de títulos e resumos, 367 artigos foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade previamente estabelecidos. Além disso, devido a uma falha integração entre as bases de dados e o *login* institucional, 15 artigos foram desconsiderados por indisponibilidade de acesso ao texto completo, totalizando 19 artigos selecionados para leitura na íntegra. Foram esgotadas todas as tentativas de obtenção dos artigos indisponíveis da íntegra, incluindo o contato com a bibliotecária da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), que também não conseguiu acesso aos textos completos.

A leitura completa permitiu uma avaliação mais aprofundada dos critérios de elegibilidade, o que resultou na exclusão de 3 artigos que não se enquadram ao objetivo do estudo. Por fim, 16 artigos foram incluídos na revisão integrativa. O fluxograma PRISMA (figura 1) ilustra o processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos.

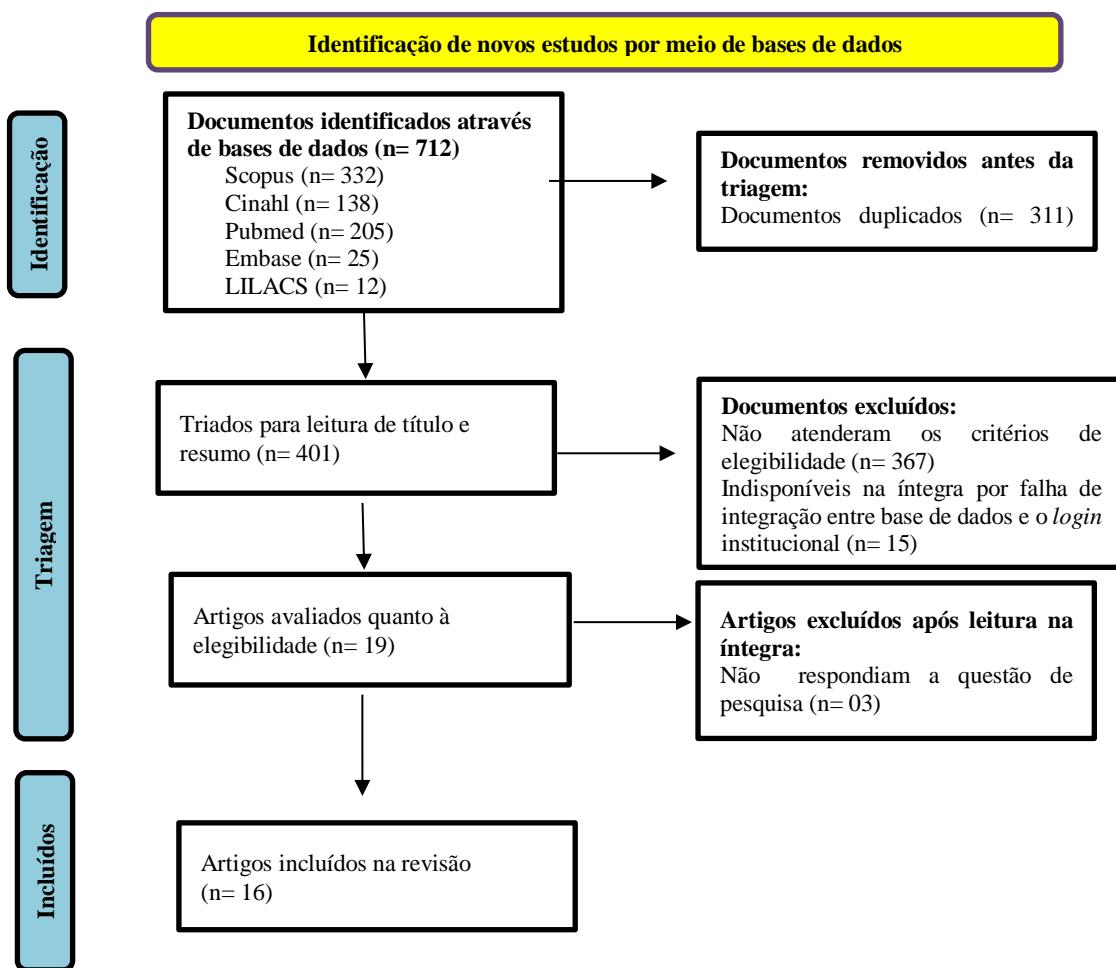


Figura 1- Fluxograma PRISMA, com síntese das etapas de busca e seleção da amostra dos artigos da Revisão Integrativa. Recife, Pernambuco, Brasil, 2025

Fonte: Dados da pesquisa, 2025

A análise dos estudos incluídos nesta revisão revelou uma predominância de produções científicas provenientes da Turquia, totalizando nove publicações, o que corresponde a mais de 50% da amostra. A Turquia é protagonista nas pesquisas sobre intervenções não farmacológicas voltadas a dor neonatal em unidades de terapia intensiva (UTIN). Além da Turquia, estudos do Irã (n=3), China (n=2), Taiwan (n=1) e Alemanha (n=1) foram identificados.

Observa-se uma maior concentração de publicações nos anos de 2020 (n = 4) e 2024 (n = 4), seguido de 2025 (n = 3), 2022 (n = 2) e 2023 (n = 2), enquanto 2021 (n = 1) houve apenas uma publicação.

Foram identificadas diversas estratégias não farmacológicas. A maioria das abordagens demonstrou efeitos positivos tanto na redução da dor quanto na melhora de parâmetros

fisiológicos, como frequência cardíaca, saturação de oxigênio e frequência respiratória (Quadro 2).

Quadro 2- Síntese de evidências dos artigos selecionados. Recife, Pernambuco, Brasil, 2025

	Autor, ano (País)	Objetivo	Método/ Nível de Evidência	Medidas de prevenção da dor/ Efeitos das intervenções
E1	Özgürbüz N, Bahar A, Tuna A, Çopur E, 2024. ¹² (Turquia).	Examinar os efeitos de canções de ninar tocadas para bebês prematuros na UTIN durante procedimentos intravenosos (IV) em parâmetros fisiológicos (níveis de saturação de oxigênio (SpO2), frequência cardíaca e frequência respiratória) e dor.	Estudo experimental controlado randomizado. / 1c	Ouvir canções de ninar cantadas pela mãe e por vozes femininas. / Melhora nas frequências cardíacas e respiratória, na saturação de oxigênio e na escala NIPS após 15 minutos.
E2	Yadollahzadeh F, Akbarianrad Z, Jafarian-Amiri SR, Zabihi A, Aziznejadroshan P, Nikbakht HA., 2025. ¹³ (Irã).	Determinar o efeito de intervenções não farmacológicas combinadas no alívio da dor causada pela coleta de sangue venoso em bebês prematuros.	Estudo clínico não randomizado (quase experimental). / 2c	Manejo combinado não farmacológico da dor. / Menor escore de dor nos grupos SN (sacarose + sucção não nutritiva) e NSS (sacarose + sucção não nutritiva + enfaixamento) em comparação a sacarose isolada. Frequência cardíaca mais baixa.
E3	Ugucu G, Yigit R, Celik Y, 2024. ¹⁴ (Turquia).	Avaliar o impacto nos escores de dor da administração de soluções orais de glicose em diferentes concentrações e em combinação com posições de apoio durante procedimentos de punção do calcaneo.	Estudo experimental quádruplo-cego. / 1c	Combinação de soluções de glicose com posições de apoio. / Melhora na frequência cardíaca e respiratória, nos níveis de saturação de oxigênio e no tempo de choro.
E4	Tanrıverdi S, Yaman HK, Kahraman S, Kublay E, 2025. ¹⁵ (Turquia).	Demonstrar os efeitos da aplicação de um travesseiro na região abdominal como uma aplicação não farmacológica para aliviar a dor neonatal durante um procedimento de punção lombar.	Ensaio clínico randomizado. / 1c	Travesseiro colocado no abdômen. / Melhoras no escore de dor e parâmetros fisiológicos, porém sem significância estatística.
E5	Sen E, Manav G, 2020. ¹⁶ (Turquia).	Comparar os efeitos do método canguru e da sacarose oral no alívio da dor em bebês prematuros durante a punção do calcaneo.	Ensaio clínico prospectivo randomizado e controlado. / 1c	Método canguru e sacarose oral. / O grupo canguru se mostrou superior. Escores da escala PIPP foram menores no grupo canguru dois minutos após a punção do calcaneo e menor variação da frequência cardíaca.
E6	Chen Y, Li Y, Sun J, Han D, Feng S, Zhang X, 2021. ¹⁷ (China).	Avaliar o efeito da voz materna na dor causada pela punção venosa (incluindo punção venosa periférica e punção venosa femoral) em neonatos hospitalizados na UTIN.	Estudo controlado randomizado. / 1c	Gravação da voz materna. / Menor pontuação na escala NIAPAS e parâmetros fisiológicos mais estáveis.
E7	Dur S, Çağlar S, Yıldız NU, Doğan P, Varal IG, 2020. ¹⁸ (Turquia).	Determinar o efeito dos métodos de Yakson e GHT na dor e nos parâmetros fisiológicos em neonatos prematuros durante a punção do calcaneo.	Delineamento experimental controlado randomizado. / 1c	Técnicas tátteis (<i>Yakson e Gentle Human Touch</i>). / Pontuação menor na escala NIPS. Frequência cardíaca menor. Níveis de saturação sem alterações.
E8	Yu WC, Chiang MC, Lin KC, Chang CC, Lin KH, Chen CW, 2022. ¹⁹ (Taiwan).	Desenvolver intervenções individualizadas empregando gravações da voz da mãe e examinar os efeitos da voz materna na dor de bebês prematuros durante as picadas no calcaneo e no vínculo mãe-bebê durante a hospitalização.	Ensaio clínico randomizado. / 1c	Intervenção da voz materna. / Frequência cardíaca reduziu e melhora da dor após um minuto.
E9	Ayyıldız TK, Tanrıverdi E, Tank DY, Akkoç B, Topan A, 2023. ²⁰ (Turquia).	Determinar o efeito do método de enfaixamento na dor que ocorreu durante o procedimento de aspiração em bebês prematuros hospitalizados na UTIN e que precisaram de aspiração.	Ensaio clínico randomizado. / 1c	Método de enfaixamento. / Menor escore de dor da escala PIPP.

E10	Altay G, Küçükoglu S, 2022. ²¹ (Turquia).	Determinar o efeito da posição de aconchego facilitada aplicada a bebês prematuros tardios sobre parâmetros fisiológicos, conforto e desempenho da amamentação.	Delineamento experimental controlado randomizado. / 1c	Contenção facilitada. / Melhora nos parâmetros de frequência cardíaca, saturação de oxigênio, temperatura corporal e frequência respiratória.
E11	Masoumi Z, SeyedBagheri SH, Bakhtiar B, Sadeghi T, 2023. ²² (Irã).	Determinar o efeito da reflexologia podal antes da sucção na dor e na SPO2 em neonatos sob CPAP nasal.	Estudo quase experimental cruzado. / 2b	Reflexologia podal. / Resultados positivos no escore da dor, sem alterações da saturação de oxigênio.
E12	Çağlar S, Dur Ş, Ustabas Yıldız N, Güney Varal İ, 2024. ²³ (Turquia).	Determinar o efeito dos métodos Yakson e Gentle Human Touch (GHT) durante a sucção endotraqueal na dor, no conforto e na resposta dos parâmetros fisiológicos em bebês prematuros.	Ensaio clínico randomizado controlado cruzado. / 1c	Técnica de Yakson e GHT. / Escores menores de dor.
E13	Ghaemmaghami P, Nasri N, Razavinejad SM, Edraki M, Shirazi ZH, 2024. ²⁴ (Irã).	Comparar os efeitos do uso de sacarose e do método mãe canguru em variáveis fisiológicas selecionadas e na dor resultante da punção venosa em recém-nascidos prematuros internados em UTINs afiliadas à Universidade de Ciências Médicas de Shiraz.	Ensaio clínico randomizado e controlado. / 1c	Administração oral de sacarose e método canguru. / Ambas as intervenções reduziram a dor e estabilizaram os parâmetros fisiológicos, porém a sacarose apresentou resultados superiores em frequência respiratória, e cardíaca, saturação de oxigênio e escores de dor, durante e após o procedimento.
E14	Lago P, Cavicchioli ME, Mion T, Dal Cengio V, Allegro A, Daverio M <i>et. al.</i> , 2020. ²⁵ (Alemanha).	Testar se uma dose repetida de sacarose é mais eficaz do que uma dose padrão sozinha no controle da dor no teste do pezinho avaliada com uma escala padronizada de dor (PIPP). Entender se uma dose padronizada anterior de sacarose oral era adequada para o controle da dor em bebês prematuros e avaliar a concordância e a confiabilidade de diferentes escalas de dor em relação à escala PIPP.	Ensaio clínico randomizado, duplo-cego e controlado. / 1c	Dose repetida de sacarose. / A repetição da dose não teve benefício adicional. A sacarose oral é eficaz.
E15	Wu HP, Yin T, Hsieh KH, Lan HY, Feng RC, Chang YC <i>et al.</i> , 2020. ²⁶ (China).	Comparar os efeitos de combinações de odor ou sabor de leite materno integrados a diferentes estímulos sensoriais, em comparação com cuidados de rotina, na dor de bebês prematuros antes, durante e após procedimentos de punção venosa.	Ensaio clínico randomizado prospectivo. / 1c	Combinação de todos os estímulos sensoriais (odor ou paladar do leite materno, batimentos maternos e sucção não nutritiva). / Pontuou menores escores da escala PIPP-R.
E16	Cirik VA, Efe E, 2020. (Turquia). ²⁷	Comparar os efeitos do leite materno extraído, enfaixamento, aconchego facilitado, e métodos de cuidados de rotina na dor do bebê prematuro e nos parâmetros fisiológicos antes, durante e depois da inserção de sonda orogástrica.	Estudo controlado randomizado. / 1c	Método de enfaixamento com leite materno extraído. / Escores de dor diminuídos.

Fonte: Dados da pesquisa, 2025

Dentre as intervenções com efeitos significantes para redução da dor neonatal surgiram as seguintes abordagens: o uso de canções de ninar cantadas pela mãe e por vozes femininas,^{12,17,19} as técnicas tátteis de *Yakson* e *Gentle Human Touch*,^{18,23} o uso da sacarose oral isolada^{16,24,25} ou em associação,^{13,14} combinações sensoriais como a integração entre odor ou sabor do leite materno, gravação de batimentos cardíacos maternos e sucção não nutritiva, e a combinação entre leite materno extraído, enfaixamento²⁰ e associado ao aconchego facilitado,^{26,27} posição de contenção facilitada²⁴ e a reflexologia podal.²⁵ A colocação de um travesseiro durante a punção lombar teve os parâmetros fisiológicos e o escore de dor numericamente menores, porém sem significância estatística¹⁵.

A maior parte dos grupos pontuou um menor escore de dor nas escalas de avaliação após a intervenção não-farmacológica,^{12,13,16-19,23} como também melhora na estabilização dos parâmetros fisiológicos.^{12-14,16-19,21,24}

As intervenções associadas se destacam pelo maior potencial de redução da dor em comparação às técnicas isoladas, a saber: enfaixamento com leite materno extraído, combinação de todos os estímulos sensoriais como odor ou paladar do leite materno, batimentos maternos e sucção não nutritiva, combinação de soluções de glicose com posições de apoio e sacarose, sucção não nutritiva e enfaixamento.^{13,14,26,27}

A maioria das intervenções foi aplicada em estudos clínicos experimentais ou quase-experimentais, com destaque para os ensaios clínicos randomizados. Isso resultou em níveis de evidência que variaram de 1c a 2c, de acordo com a classificação dos níveis de evidência científica preconizada pelo JBI.¹⁰

DISCUSSÃO

Identificou-se que as intervenções combinadas, como a associação entre sacarose, sucção não nutritiva e enfaixamento; a combinação de soluções orais de glicose com posicionamento de apoio; a integração do odor ou sabor do leite materno com a gravação dos

batimentos cardíacos maternos e a sucção não nutritiva; bem como a junção do leite materno extraído com enfaixamento e aconchego facilitado, demonstraram maior efetividade tanto na redução da dor quanto na melhora dos parâmetros fisiológicos, incluindo diminuição da frequência cardíaca, frequência respiratória, aumento dos níveis de saturação de oxigênio e menor tempo de choro.

Dentre as técnicas não farmacológicas identificadas, a administração de sacarose oral foi a mais frequente, presentes em cinco estudos. No entanto, apenas três desses estudos investigaram sua aplicação de forma isolada, enquanto os outros dois a utilizaram em associação com outras intervenções. A sacarose oral foi amplamente utilizada e demonstrou efeito consistente na redução da dor durante punções e outros procedimentos. Em um estudo²⁸, viu-se que a dextrose a 30% em recém-nascidos prematuros é um potencial analgésico na punção do calcanhar. Na pesquisa, a dextrose, com ou sem contenção facilitada, diminuiu os escores de dor sem levar alterações ao metabolismo energético celular dos neonatos.

No que se refere a quantidade de sacarose oral a ser administrada, os estudos encontrados nessa revisão trazem informações acerca da dose utilizada em cada intervenção. Em contrapartida, revisão de escopo²⁹ evidenciou que a glicose a 25% é muito utilizada na prática clínica para controle da dor, porém a maioria dos estudos não esclarece sobre a melhor forma de administração. Dessa forma, embora haja evidências consistentes sobre o efeito de soluções adocicadas na redução da dor neonatal, ainda persiste a necessidade de padronização quanto à concentração ideal, volume, e momento de administração.

A administração de sacarose oral é o método analgésico mais conhecido atualmente. O uso da solução oral é potencializado quando associada à estímulos multissensoriais, estratégia conhecida como saturação sensorial, que inclui estímulos gustativos, visuais, táticos, olfativos e sonoros. A sacarose somada a outras estimulações sensoriais supera o efeito da sacarose isolada. Uma pesquisa³⁰ mostrou que a dor em neonatos submetidos a punção venosa foi reduzida em

maior parte com a combinação de saturação sensorial com sacarose e com leite materno do que com o uso da solução doce oral. Indicou-se, também, o leite materno para controle da dor, pois apresenta efeito semelhante ao da glicose e possui mais nutrientes. Além da sacarose, outras terapias não farmacológicas frequentemente recomendadas incluem a amamentação, o método canguru (contato pele a pele), a sucção não nutritiva e a contenção facilitada.³¹

O levantamento dessa revisão integrativa traz o método canguru como uma intervenção que tem efeitos importantes na estabilidade fisiológica e no controle eficaz da dor, embora não atue de forma tão imediata quanto a sacarose ou técnicas combinadas na analgesia. O método canguru, como recomenda o Ministério da Saúde,³¹ não só ajuda no fortalecimento de vínculo mãe-bebê e no estímulo ao aleitamento materno, como também reduz o estresse e dor, estabiliza os parâmetros fisiológicos e melhora a qualidade do desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido.

Para além da utilização da sacarose e contato materno, as técnicas tátteis, como *Yakson*, que se refere ao toque terapêutico coreano, com posicionamento das mãos no abdome e nas costas, e o *Gentle Human Touch* (GHT), técnica de toque suave e intencional do tipo acariacamento, demonstraram resultados relevantes na diminuição da dor durante punções e aspiração endotraqueal. A técnica *Yakson*, em particular, mostrou-se superior à GHT^{18,23}. Comparando com a revisão e metanálise,³² seus resultados apontam que houve diminuição no escore NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*) e melhorias de resultados comportamentais com a aplicação em recém-nascidos prematuros. Entretanto, não houve alteração nos valores de saturação de oxigênio, frequência cardíaca e nível de cortisol na urina. Além disso, não existiu diferença estatística entre o toque *Yakson* e o GHT.

A análise dos estudos também evidenciou destaque para as intervenções sonoras, como canções de ninar e gravações da voz materna, presentes em três estudos da amostra. A audição precoce dos bebês justifica a importância da música, em particular cantada pela mãe, na

construção do vínculo materno. O uso da música em UTINs auxilia no tratamento de doenças, além de ajudar no manejo da dor, na redução do estresse, ansiedade e estabilização dos sinais vitais.³³ Percebeu-se, também, que os efeitos da musicoterapia³⁴ sobre as escalas NIPS e BIIP (*Behavioral Indicators of Infant Pain Scale*) são imediatos e que os parâmetros de dor diminuem quase que pela metade após a intervenção. A frequência cardíaca e respiratória teve uma tendência a diminuição. Resultados de outro estudo³⁵ mostrou que a fala da mãe tem benefício na dor de neonatos prematuros, como também destacou que os níveis de ocitocina endógena medida pela saliva dos recém-nascidos aumentaram durante a fala materna, porém não tiveram grandes alterações durante o canto. Sugeriu-se que a ocitocina endógena pode ser um grande medidor analgésico.

Cabe destacar que as intervenções combinadas, por sua relevância, merecem atenção especial. A sucção não nutritiva, por exemplo, combinada com a voz materna contribuiu com o alívio da dor mais do que com as técnicas isoladas; além disso ajudou com a estabilidade da frequência cardíaca e saturação de oxigênio.³⁶ Outro artigo³⁷ também fala sobre o benefício da música associada à amamentação na diminuição da escala NIPS.

A sucção combinada com o leite materno e com o posicionamento tiveram uma redução eficaz nos escores de dor durante a punção do calcaneo, como também reduziu o risco de dor leve, moderada e grave no procedimento. A sacarose combinada com a contenção facilitada trouxe maior redução da dor e na recuperação após punção no recém-nascido do que a sacarose em uso isolado.³⁸

Um ensaio clínico avaliou a efetividade do odor do leite materno, de maneira isolada ou em conjunto com o sabor do leite. Três grupos foram comparados: controle (toque suave com voz humana), controle associado com odor do leite materno, e controle combinado com o sabor e odor do leite materno. Observou-se que os bebês que sentiram o odor do leite e aqueles que o receberam por seringa apresentaram menores oscilações na frequência cardíaca, na saturação

de oxigênio e no tempo de choro, em comparação aos que receberam a voz humana combinada com o *Gentle Touch*. Isso mostra a importância do leite humano para o controle da dor que, além de fornecer nutrientes aos recém-nascidos, atua no alívio da dor e do estresse neonatal.³⁹

A integração de métodos não-farmacológicos amplia as possibilidades no manejo da dor, de maneira personalizada para cada recém-nascido. A prática clínica mostra que os neonatos com problemas respiratórios respondem melhor à integração das técnicas, como o posicionamento e estímulo sensorial, já os de baixo peso se beneficiam mais da sucção não-nutritiva somada ao contato pele a pele⁴⁰. A associação de múltiplos estímulos sensoriais potencializa os efeitos analgésicos e resultam em maior redução na dor neonatal do que a aplicação de estímulos únicos³⁰.

A contenção facilitada, que se refere a manter os membros do recém-nascido flexionados próximos ao tronco com as mãos apoiadas junto à região da boca, e o enfaixamento, que consiste em utilizar um tecido para envolver o recém-nascido mantendo os membros superiores e inferiores em flexão com as mãos posicionadas próximas à boca, tiveram bom resultado no manejo da dor. O enfaixamento se mostrou superior a contenção facilitada no quesito saturação de oxigênio e frequência cardíaca média após 5 minutos do procedimento de punção venosa. Quanto à frequência respiratória média não houve alterações significantes. Portanto, ao avaliar a escala de dor PIPP-R (*Premature Infant Pain Profile– Revised*), a contenção facilitada se mostrou mais eficaz do que o enfaixamento.⁴¹

A reflexologia podal e o uso de travesseiro abdominal, embora menos frequentes, apresentaram potencial analgésico. Houve redução de dor nos neonatos submetidos à reflexologia antes da aspiração.²⁷ A literatura também já traz a reflexologia podal em contexto de oncologia infantil, auxiliando no tratamento da dor e ansiedade.⁴²

A ausência de correlação estatisticamente significante entre a utilização de travesseiro no abdome durante a punção lombar, corrobora com as orientações do Ministério da Saúde⁴³

que recomenda a administração de glicose oral ou leite humano associados à sucção não nutritiva, como estratégias para alívio da dor em recém-nascidos durante a punção lombar.

Os achados desta revisão evidenciam que o manejo da dor neonatal exige uma abordagem sistematizada e específica ao recém-nascido. A escolha da intervenção deve considerar o tipo de procedimento, a estabilidade clínica do bebê, a disponibilidade da família e os recursos hospitalares. As técnicas não-farmacológicas, por serem simples e de baixo custo, são altamente aplicáveis em UTINs, inclusive aquelas em serviços de saúde com recursos limitados. Nesse processo, o enfermeiro assume papel de liderança, sendo responsável por avaliar, planejar e executar ações que respeitem o conforto do recém-nascido.⁴⁴

A mensuração do sofrimento de neonatos nas UTINs é um grande desafio. Apesar da disponibilidade de diversas escalas de avaliação, nenhuma delas é amplamente reconhecida como referência. Revisão integrativa mostrou que, embora os enfermeiros consigam identificar o desconforto no neonato, não aplicam os instrumentos de medição na rotina de trabalho.⁴⁵ O período neonatal é reconhecido como uma fase crítica para o desenvolvimento humano, e a promoção do bem-estar do recém-nascido figura entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU). A saúde neonatal está intimamente ligada à redução das taxas de mortalidade nesse grupo etário, sendo essa uma das metas centrais do 3º ODS.⁴⁶ Diante disso, a identificação e fortalecimento de práticas assistenciais seguras e humanizadas, como o uso de intervenções não farmacológicas eficazes para o alívio da dor é um compromisso com a saúde pública, bem como com os princípios do desenvolvimento sustentável da ONU.⁴⁷

CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES

A realização dessa revisão confirmou a efetividade dos métodos não farmacológicos para alívio da dor em neonatos internados em UTINs. O uso da sacarose oral se destacou e,

atualmente, é o mais conhecido e utilizado na prática clínica. A efetividade das intervenções combinadas mostrou-se superior à aplicação isolada, conforme evidenciado pela avaliação dos parâmetros fisiológicos dos recém-nascidos e pelas escalas de avaliação da dor.

Como limitações do estudo, destacam-se a indisponibilidade de alguns artigos na íntegra, o que pode ter restringido a identificação de novas recomendações, e a escassez de pesquisas desenvolvidas no Brasil. No entanto, frente à comprovação das técnicas identificadas e seus efeitos para o manejo da dor em RNs, considera-se relevante a aplicabilidade dos achados. Ressalta-se, ainda, a necessidade de estudos nacionais que esclareçam essas evidências de acordo com a realidade do Sistema Único de Saúde.

O presente estudo pode direcionar os profissionais de enfermagem na integração dessas estratégias em suas unidades de saúde, além de contribuir com a construção de protocolos institucionais voltados à assistência da dor neonatal.

REFERÊNCIAS

1. Viana ALO, Barreto ACP, Lima KBB, Borges VGRB, Silva SS. The evaluation and management of neonatal pain: an educational action for nursing graduants. Rev Enferm UFPI. 2020;8(3):88-91. <https://doi.org/10.26694/2238-7234.8388-91>
2. Silva BS, Francisco BSS, Reis MENL, Soares BM, Palmeira OA. A dor em recém-nascidos: medidas não farmacológicas em unidade intensiva neonatal. Rev Contemp. 2023;3(10):19562-82. <https://doi.org/10.56083/RCV3N10-157>
3. Meredyk MR, Costa R, Junges CF, Ventura T, Santos MRL, Pereira MTC, et al. Multidisciplinary team's knowledge, attitude and practice in pain management in a neonatal unit. Texto Contexto Enferm. 2024;33:1-16. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2024-0056en>
4. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde. Assistência de enfermagem ao recém-nascido sob manuseio mínimo: caderno-4. Brasília: SES; 2022. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/CADERNO_4_MANUSEIO_MINIMO_22_09+29.pdf
5. Valete COS, Montenegro CP, Ferreira EAL. Knowledge of healthcare professionals about nonpharmacological pain management in the neonate in a Brazilian rooming-in: a survey study with factor analysis. BrJP, v. 7, p. 1-6, 2024. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20240025-en>
6. van Dokkum NH, Kroon MLA, Reijneveld SA, Bos AF. Neonatal Stress, Health, and Development in Preterms: A Systematic Review. Pediatrics. 2021;148(4):e2021050414. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-050414>
7. Roué JM, Kuhn P, Maestro ML, Maastrup RA, Mitánchez D, Westrup B, et al. Eight principles for patient-centred and family-centred care for newborns in the neonatal intensive care unit. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2017;102(4):F1-5. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2016-312180>

8. Miguez BB, Ribeiro BA, Rezenda LRG, Siqueira JB, Shono GKB. Gerenciamento da dor neonatal: avaliação multidimensional, intervenção eficaz e resultados de longo prazo. *Braz J Implant Health Sci.* 2024;6(6):515-27. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n6p515-527>
9. Toronto CE, Remington R. A step-by-step guide to conducting an integrative review. Cham: Springer; 2020
10. Prisma. PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews. 2020. Disponível em: <https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram>
11. The Joanna Briggs Institute. JBI level of evidence. 2020. Disponível em: https://jbi.global/sites/default/files/2020-07/Supporting_Doc_JBI_Levels_of_Evidence.pdf
12. Özgürbüz N, Bahar A, Tuna A, Çopur E. The effect of lullaby played to preterm infants in neonatal intensive care units on physiological parameters and pain. *J Pediatr Nurs.* 2024;79:133-40. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.08.019>
13. Yadollahzadeh F, Akbarianrad Z, Jafarian-Amiri SR, Zabihi A, Aziznejadroshan P, Nikbakht HA. The effect of combined non-pharmacological interventions on venous blood sampling pain in preterm infants: a clinical trial study. *BMC Pediatr.* 2025;25(1):273. <https://doi.org/10.1186/s12887-025-05626-4>
14. Ugucu G, Yigit R, Celik Y. Effect of combining oral glucose solutions with supportive positions on pain during heel puncture blood sampling in premature infants: a randomized quadruple-blinded experimental study. *J Pediatr Nurs.* 2024;77:e108-16. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.03.038>
15. Tanrıverdi S, Yaman HK, Kahraman S, Kublay E. A non-pharmacological application to reduce neonatal pain during lumbar puncture procedure: placing a pillow on the abdomen. *J Pediatr Res.* 2025;12(1). <https://doi.org/10.4274/jpr.galenos.2025.35545>
16. Sen E, Manav G. Effect of kangaroo care and oral sucrose on pain in premature infants: a randomized controlled trial. *Pain Manag Nurs.* 2020;21(6). <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.05.003>
17. Chen Y, Li Y, Sun J, Han D, Feng S, Zhang X. The effect of maternal voice on venipuncture induced pain in neonates: a randomized study. *Pain Manag Nurs.* 2021;22(5):668-73. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.01.002>
18. Dur S, Çağlar S, Yıldız NU, Doğan P, Varal IG. The effect of Yakson and Gentle Human Touch methods on pain and physiological parameters in preterm infants during heel lancing. *Intensive Crit Care Nurs.* 2020. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102886>
19. Yu WC, Chiang MC, Lin KC, Chang CC, Lin KH, Chen CW. Effects of maternal voice on pain and mother–infant bonding in premature infants in Taiwan: a randomized controlled trial. *J Pediatr Nurs.* 2022;63:136-42. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.09.022>
20. Ayyıldız TK, Tanrıverdi E, Tank DY, Akkoç B, Topan A. The effect of swaddling method applied to preterm infants during the aspiration procedure on pain. *J Pediatr Nurs.* 2023;70:61-7. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.05.025>
21. Altay G, Küçükoğlu S. Effects of the facilitated tucking position on physiological parameters, comfort and breastfeeding in late preterm infants: a randomized controlled trial. *Midwifery.* 2022;115:103492. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103492>
22. Masoumi Z, SeyedBagheri SH, Bakhtar B, Sadeghi T. The effect of foot reflexology before suctioning on pain and SpO₂ in neonates under nasal CPAP hospitalized in the NICU. *J Neonatal Nurs.* 2023;29(3):540-4. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2022.11.006>
23. Çağlar S, Dur S, Ustabaş Yıldız N, Güney Varal İ. The effect of the Yakson and Gentle Human Touch methods applied to preterm infants during endotracheal aspiration on

- pain, comfort, and physiological parameters. *Intensive Crit Care Nurs.* 2025;87:103898. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103898>
24. Ghaemmaghami P, Nasri N, Razavinejad SM, Edraki M, Shirazi ZH. Comparing the effects of oral sucrose and kangaroo mother care on physiological variables and pain during venipuncture in premature newborns. *Eur J Med Res.* 2024;29(1):519. <https://doi.org/10.1186/s40001-024-02113-x>
 25. Lago P, Cavicchiolo ME, Mion T, Dal Cengio V, Allegro A, Daverio M, et al. Repeating a dose of sucrose for heel prick procedure in preterms is not effective in reducing pain: a randomized controlled trial. *Eur J Pediatr.* 2020;179(2):293-301. <https://doi.org/10.1007/s00431-019-03509-2>
 26. Wu HP, Yin T, Hsieh KH, Lan HY, Feng RC, Chang YC, et al. Integration of different sensory interventions from mother's breast milk for preterm infant pain during venipuncture procedures: a randomized controlled trial. *J Nurs Scholarsh.* 2020;52(1):75-84. <https://doi.org/10.1111/jnu.12530>
 27. Cirik VA, Efe E. The effect of expressed breast milk, swaddling and facilitated tucking methods in reducing pain caused by orogastric tube insertion in preterm infants: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2020;104:103532. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103532>
 28. Angeles DM, Boskovic DS, Tan JC, Shih W, Hoch E, Forde D, et al. Oral dextrose reduced procedural pain without altering ATP metabolism in preterm neonates: a randomized trial. *J Perinatol.* 2020;40:888-95. <https://doi.org/10.1038/s41372-020-0634-0>
 29. Costa TMS, Nascimento JCP, Oliveira ES, Rocha RRA, Dantas RAN, Dantas DV. Glicose 25% no alívio da dor de recém-nascidos durante punção arterial e venosa: uma revisão de escopo. *REME Rev Min Enferm.* 2021;25:e-10040. <https://doi.org/10.5935/1415.2762.20210040>
 30. Fitri SYR, Lusmilasari L, Juffrie M, Bellieni CV. Modified sensory stimulation using breastmilk for reducing pain intensity in neonates: a randomized controlled trial. *J Pediatr Nurs.* 2020;53:e199-203. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.04.004>
 31. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido: método canguru. 3 ed. Brasília: MS; 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_munal_3ed.pdf
 32. Fadlalmola HA, Elhusein AM, Abedelwahed HH, Mohammed SA, Alnassry SMA, Mohammed FH, et al. The effects of Yakson touch and Gentle Human Touch on preterm infants: a systematic review and meta-analysis. *Afr J Reprod Health.* 2023;27(7):99-108. <https://doi.org/10.29063/ajrh2023/v27i7.10>
 33. Silva ML, Silva MPB, Leite AC, Sousa MVA, Oliveira FS, Viana SAA, et al. Contribuições da musicoterapia para recém-nascidos em UTIN: revisão integrativa. *Braz J Dev.* 2021;7(10):97028-39. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n10-150>
 34. Vieira AKA, Coutinho GC, Farias KS. Os efeitos agudos da musicoterapia em neonatos de uma UTIN. *Res Soc Dev.* 2024;13(2). <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i2.44926>
 35. Filippa M, Monaci MG, Spagnuolo C, Serravalle P, Daniele R, Grandjean D. Maternal speech decreases pain scores and increases oxytocin levels in preterm infants during painful procedures. *Sci Rep.* 2021;11:17301. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-96840-4>
 36. Chen Y, Zhou L, Tan Y. The effect of maternal voice and non-nutritional sucking on repeated heel prick pain in neonates: a quasi-experimental study. *BMC Pediatr.* 2024;24:256. <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-024-04738-7>

37. Avcin E, Kucukoglu S. The effect of breastfeeding, kangaroo care, and facilitated tucking in reducing heel stick pain in neonates. *J Pediatr Nurs.* 2021;61:410-6. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.10.002>
38. Ribeiro JF, Pereira SA. Manejo da dor com métodos não farmacológicos em neonatos: cuidados intensivos. *Gestão Trabalho Educ Saúde.* 2024;2. <https://dx.doi.org/10.37885/210102891>
39. Lin CH, Liaw JJ, Chen YT, Yin T, Yang L, Lan HY. Efficacy of breast milk olfactory and gustatory interventions on neonates' responses to pain during heel prick. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(3):1240. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031240>
40. Barbosa LR. Estratégias integradas de intervenções não farmacológicas no manejo da dor neonatal. *REAS.* 2025;25(5):e19773. <https://doi.org/10.25248/reas.e19773.2025>
41. Dumont FE, Aires YRF, Nascimento TR, Santos MP, Zampronho KS, Gomes CEB, et al. Métodos não farmacológicos para manejo da dor na UTI neonatal. *Braz J Implant Health Sci.* 2024;6(1):761-83. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n1p761-783>
42. Rodrigues KZ, Tavares SS, Polaz DCN, Contini ICP. Análise da eficácia da reflexoterapia podal em crianças: revisão de escopo. *Rev Saúde Foco.* 2024;16. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2024/01/ANÁLISE-DA-EFICÁCIA-DA-PRÁTICA-DE-REFLEXOTERAPIA-PODAL-EM-CRIANÇAS-UMA-REVISÃO-DE-ESCOPO.pdf>
43. Junqueira-Marinho MF, Cunha PVS, Vieira ACG, Bueno AC, Valeri BO, Manzo BF, et al. Diretriz para prevenção e manejo da dor aguda no período neonatal. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2025/02/Diretriz_manejo_da_dor.pdf
44. Santos KFM, Andrade AFSM, Torres RC, Teles WS, Debbo A, Silva MC, et al. Nursing in the management of pain in newborns in a neonatal intensive care unit. *Res Soc Dev.* 2021;10(7):e16428. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16428>
45. Jiménez-Hernández GE, Romero JAB, Caraballo AAS, Zuluaga MEP. Escalas para valoración del dolor neonatal: una revisión integrativa. *Rev Cuidarte.* 2023;14(2):1-15 <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2760>
46. Organização das Nações Unidas. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: UN; 2015. Disponível em: <https://sdgs.un.org/2030agenda>
47. Prezotto KH, Bortolato-Major C, Moreira RC, Oliveira RR, Melo EC, Silva FR, et al. Early and late neonatal mortality: preventable causes and trends in Brazilian regions. *Acta Paul Enferm.* 2023;36:eAO02322. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO02322>

ANEXO A- NORMAS DA REVISTA ANNA NERY

Composição de manuscritos

Os manuscritos deverão ser redigidos na ortografia oficial, em espaço duplo, fonte *Times New Roman* tamanho 12, layout de página em tamanho A4 (21cm x 29,7cm). Os manuscritos deverão ser submetidos em português, inglês ou espanhol, exclusivamente. Os títulos das seções (**INTRODUÇÃO, MÉTODO, RESULTADOS, DISCUSSÃO e CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**), devem aparecer no início de cada seção, em negrito, caixa alta e alinhado à esquerda. A discussão dever ser impreterivelmente separada dos resultados. Utilizar o termo ‘conclusão’ para estudos com abordagem quantitativa, e ‘considerações finais’ para estudos com abordagem qualitativa.

Recomendamos que os textos sejam redigidos considerando as **Diretrizes de Linguagem Inclusiva**, da American Psychological Association (APA), como forma de comunicar de forma mais eficaz e mais alinhada com a diversidade da sociedade, considerando as orientações sobre como usar termos e frases culturalmente sensíveis que respeitam e valorizam as identidades e experiências de grupos historicamente marginalizados ou estereotipados.

Também sugerimos que sejam destacadas no texto os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (**ODS**), da ONU, aos quais se alinham os resultados do trabalho, onde for pertinente, de modo a melhorar a visibilidade do artigo: no título, no resumo, nas palavras-chave ou no corpo do manuscrito.

Recomendamos, para otimizar a visibilidade dos artigos, que os títulos, resumos e palavras-chave se refiram ao vocabulário controlado dos **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)** ou **Medical Subject Headings (MeSH)**, produzido pela National Library of Medicine (NML).

Conteúdo

Título

Apresentar o título do manuscrito em português, espanhol e inglês, com no máximo 16 palavras, centralizado, em negrito, apenas com a primeira letra maiúscula. Escolher um título que desperte a atenção do leitor e seja suficientemente informativo, contendo no mínimo um dos termos DeCS/MeSH das palavras-chave.

Resumos

Quaisquer modalidades de manuscritos (artigo original, reflexão, relato de experiência, relato de caso clínico, ensaio, revisões) devem conter até 200 palavras, nas três versões (português/resumo; espanhol/resumen; e inglês/abstract). O conteúdo dos resumos deve ser informativo e registrado nos itens correspondentes: objetivos, método, resultados, conclusão ou considerações finais e implicações para a prática (sendo esses dois últimos itens juntos – conclusão / considerações finais e implicações para a prática). Estes itens devem estar em negrito, apenas com a primeira letra maiúscula. O resumo deve apresentar todas as partes do texto de maneira sintética. Ao redigi-lo, pensar em um texto que atraia a atenção do leitor e desperte curiosidade, além de ser informativo, contendo no mínimo um dos termos DeCS/MeSH das palavras-chave. Não utilizar siglas. Todo o texto do resumo deve ser em parágrafo único, justificado. A palavra **RESUMO** deve preceder o texto, em caixa alta, negrito e alinhada à esquerda.

Palavras-chave

São termos fundamentais para a classificação da temática abordada no manuscrito em bases de dados nacionais e internacionais. Serão aceitas entre três e cinco palavras-chave em português, espanhol / palavras-clave e inglês / *keywords*, selecionadas pelo(s) autor(es) na lista de **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)** ou **Medical Subject Headings (MeSH)**.

Se aplicável, escolher pelo menos uma palavra-chave que sinalize o alinhamento do trabalho com alguns dos **ODS** (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, da ONU).

As palavras-chave, nos três idiomas, devem ser organizadas em ordem alfabética, separadas por ponto e vírgula, e com letra maiúscula no início de todas as palavras, exceto nos conectivos. Exemplo: Atitude Frente à Morte; Cuidados de Enfermagem.

Introdução

Apresentar o problema de estudo; destacar sua importância e lacunas de conhecimento com base na revisão de literatura atualizada (preferencialmente dos últimos cinco anos) e disponível em bases de dados/bibliotecas eletrônicas confiáveis; destacar o(s) objetivo(s) no último parágrafo desta seção; evitar subtítulo, mas quando indispensável iniciar em maiúscula e em negrito. O(s) objetivo(s) deve(m) apontar o que se pretende alcançar na pesquisa, e serem iniciados por verbo no infinitivo (discutir, analisar, etc).

Método

Incluir de forma objetiva e completa a natureza/tipo do estudo, dados sobre o local onde foi realizada a pesquisa, população/participantes do estudo e seus critérios de seleção, material, equipamentos, procedimentos técnicos e métodos adotados para a coleta de dados, tratamento estatístico/categorização dos dados, sem a necessidade de subtítulo. Informar a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, a data e o número do protocolo. Citar qual guia redacional da **Rede EQUATOR** utilizou, a depender do tipo de estudo. O método deve ser descrito de forma que o estudo seja replicável.

Resultados

Os resultados devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica, utilizando ilustrações quando necessário, em resposta ao(s) objetivo(s) da pesquisa. Subtítulos devem estar em negrito, com a primeira letra maiúscula, alinhados à esquerda.

Tabelas

Todas as tabelas deverão ser incluídas no corpo do texto com as respectivas identificações (número, título e nota explicativa, quando houver). As tabelas devem apresentar um título breve e ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citadas no texto; além disso, devem apresentar dado numérico como informação central, e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, precedidas por símbolos *. Para a elaboração de tabelas e gráficos, usar preferencialmente programas como o Microsoft Word® ou Excel®.

Gráficos, Figuras, Imagens, Ilustrações e Fotografias

Largura igual ou superior a 1000 pixels, obrigatoriamente, os arquivos devem ter extensão JPG, GIF, PNG, PSD ou TIFF. O somatório total dos arquivos tem de ser igual ou menor que 300 MB. Logo após o upload, serão exibidas as miniaturas das imagens, clique no ícone para editar o título e a legenda de cada imagem submetida.

Os gráficos e as ilustrações deverão ser incluídos no corpo do texto com as respectivas identificações (número com algarismo arábico, conforme ordem de aparição, título, legenda, quando necessário, e a fonte quando for extraída de uma obra publicada, bem como, a fonte de qualquer ilustração, publicada ou não, deve ser mencionada abaixo da figura).

Caso sejam utilizados tabelas, figuras e gráficos, estes devem respeitar o limite máximo de cinco. Os espaços ocupados por tais recursos não devem ser considerados na contagem de páginas definida para cada tipo de artigo. As ilustrações devem ser enviadas em seus arquivos editáveis originais, ou exportados vetorizados nos formatos EPS ou PDF. Em caso de abreviações é obrigatória nota de rodapé com informações por extenso. Utilizar a norma de tabulação do **IBGE**. Para tabelas e quadros informar o título acima, e a fonte dever ser indicada apenas se apresentar dados de terceiros. Para figuras, inserir o título abaixo da imagem.

Discussão

Sempre deverá ser redigida separadamente dos resultados. Deve destacar a compatibilidade entre os achados que resultaram da análise e a literatura/referencial teórico relevante ressaltando os aspectos novos e/ou fundamentais. Demonstrar que as referências adotadas para a discussão dos achados são pertinentes e adequadas à geração do conhecimento novo e criativo, enfatizando o diálogo com a comunidade científica internacional.

Conclusões / Considerações finais e implicações para a prática

Apresentar considerações significativas fundamentadas no conhecimento novo gerado, que atendam ao(s) objetivo(s) do estudo, sem repeti-los textualmente. Destacar as limitações do estudo e a indicação

de necessidade de novas pesquisas. Indicar quais são as implicações desses achados para a prática (ensino, política, pesquisa ou assistência) de saúde e de enfermagem. Não inserir referências ou citações diretas nesta seção.

Financiamento

É registrado na **folha de rosto** que acompanha a submissão do manuscrito. Registrar a fonte de recurso público ou privado que financiou o estudo, informando a cidade, estado e país, bem como o número do processo associado. Agências de fomento podem ser especificadas, indicando-se qual autor obteve o recurso. Caso a pesquisa não tenha recebido nenhum tipo de financiamento, registre “Sem financiamento”.

Agradecimento

É registrado na **folha de rosto** que acompanha a submissão do manuscrito. Incluir nomes de pessoas e/ou instituições que contribuíram com o desenvolvimento do estudo. Ou registre “Sem agradecimentos”.

Disponibilidade dos dados da pesquisa

É registrado na **carta de apresentação** e no **Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta do SciELO** que acompanham a submissão do manuscrito. Caso o(s) autor(es) informe(m) que os conteúdos subjacentes ao texto do manuscrito só estejam disponíveis sob demanda dos pareceristas, após aprovação do artigo, deverá(ão) informar nova condição na versão final a ser publicada, como por exemplo, “após a publicação os dados estarão disponíveis sob demanda aos autores – condição justificada no manuscrito”, se este for o caso.

Consultar o “Guia de citação de dados de pesquisa” SciELO (https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/guia-de-citacao-de-dados_pt.pdf), e o “Guia para promoção da abertura, transparência e reproduzibilidade das pesquisas publicadas pelos periódicos SciELO” (https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia_TOP_pt.pdf).

Conflito de interesse

É registrado na **Folha de Rosto** que acompanha a submissão do manuscrito. Os autores são responsáveis por reconhecer e informar ao Conselho Editorial sobre a existência de conflitos de interesse, especificando a sua natureza, que possam exercer qualquer influência em seu manuscrito. Ou registrar que “Não há conflito de interesses a declarar” / “Sem conflito de interesse”.

Formatação

Citações no texto

As citações de autores no texto precisam estar em conformidade com os exemplos sugeridos e elaborados segundo o **estilo “Vancouver”** e apresentar o número da referência da qual foram subtraídas, sem o nome do autor, de acordo com a ordem em que foram citadas no texto.

Os números que identificam os autores/citações devem ser indicados sobrescritos, após a pontuação (ponto, ponto-vírgula ou vírgula), conforme exemplo a seguir:

- As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades.¹

Em caso de citações sequenciais, deverão ser indicados o primeiro e o último número, separados por hífen, conforme exemplo a seguir, que no caso incluem as referências 1, 2, 3, 4 e 5:

- As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades.¹⁻⁵

Quando houver necessidade de citações intercaladas, os números deverão ser separados por vírgula, conforme exemplo a seguir, que no caso incluem as referências 1, 2, 3 e 6:

- As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades.^{1-3,6}

Na transcrição *ipsis literis* de citações, exige-se a indicação da página da referência adotada cujo número

da página deve localizar-se após o número da referência seguido de dois pontos, conforme exemplo a seguir:

- As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser “vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades”.^{3:16}

O(s) autor(es) deverá(ão) observar também os seguintes critérios:

Até três linhas de citação, usar aspas na sequência do texto normal, conforme exemplo a seguir:

- Para efeito de exemplo da aplicação das instruções aos autores, o manuscrito destaca a contribuição das “ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades”.^{3:16}

Mais de três linhas de citação, destacá-la em nova linha, em bloco próprio distinto do texto normal, sem aspas, com espaço simples e recuo de 3 cm da margem esquerda, conforme exemplo a seguir:

- Destacar a contribuição das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades.^{3:16}

Os fragmentos de dados empíricos de pesquisas qualitativas devem ser apresentados em nova linha, em bloco próprio, distinto do texto normal, em itálico, sem aspas, com espaço simples e recuo de 2 cm da margem esquerda. Os colchetes e a identificação do participante não devem estar em itálico. Em atendimento aos preceitos da ética em pesquisa, a identificação do participante deve garantir o anonimato, ou seja, com uso de siglas, letras, números, código alfanuméricos, ou outra forma aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, ou equivalente para outros países, como o exemplo a seguir:

- [...] *os usuários desse serviço de saúde são bastante conscientes da necessidade do próprio envolvimento no tratamento de sua doença para um resultado mais satisfatório* [...] (E2).

Notas de rodapé

Recomendamos a não utilização das notas de rodapé, mas se imprescindíveis, deverão ser indicadas por letras, sendo no máximo três, tal como segue: a, primeira nota; b, segunda nota e c, terceira nota.

Referências

A apresentação das referências deve ter espaço simples e fonte *Times New Roman* tamanho 12, sem parágrafos e recuos, e numeradas de acordo com sua ordem de citação no texto, de acordo com as **normas do International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE**, conhecidas como “Normas de Vancouver”. A veracidade das referências é de responsabilidade do(s) autor(es). A EAN aceita a citação de até dois preprints. Se o artigo citado for publicado em inglês, deve constar na referência o título do artigo em inglês, e o DOI da versão em inglês. **Exemplos de acordo com estilo Vancouver:**

Livro padrão:

Tyrrell MAR. Programas Nacionais de Saúde Materno-infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem. Rio de Janeiro: Eean/UFRJ; 1995.

Livro traduzido para o português:

Nightingale F. Notas de enfermagem: o que é e o que não é. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez; 1989.

Obra de autoria institucional ou entidade coletiva:

Ministério da Saúde (BR). Dengue: instruções para pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas. 3^a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

Capítulo de livro:

Pinto MCI, Porto IS. A dor como quinto sinal vital. In: Figueiredo NMA, organizador. Ensinando a cuidar de clientes em situações clínicas e cirúrgicas. São Caetano do Sul (SP): Difusão Paulista de Enfermagem; 2003. p.59-78.

Livro publicado por organizador, editor ou compilador:

Loyola CMD, Oliveira RMP, organizadores. Indícios marginais. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ; 2003.

Livro com edição:

Souza EDF. Novo manual de enfermagem. 5^a ed. Rio de Janeiro: Bruno Buccini; 1972.

Artigo científico publicado em periódico impresso (até seis autores):

Carvalho V, Figueiredo NMA, Leite JL, Moreira MC. Questões epistemológicas da construção do conhecimento na Enfermagem - do ensino à prática de cuidar. Esc Anna Nery. 2003;7(2):156-66.

Artigo científico publicado em periódico impresso (mais de seis autores):

Irvine D, O'Brien-Pallas LL, Murray M, Cockeill R, Sidani S, Laurie-Shaw B, et al. The reability and validity of two health status measures for evaluating outcomes of home care nursing. Res Nurs Health. 2000;23(1):43-54.

Artigo científico publicado em periódico de meio eletrônico:

Santos RP, Neves ET, Cabral IE, Campbell S, Carnevale F. An ethical analysis of the impacts of the COVID-19 pandemic on the health of children and adolescents. 2022;26(spe):e20210460. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0460en>

Preprint:

Lavorato Neto G, Rodrigues L, Silva DARD, Turato ER, Campos CJG. Spirituality review on mental health and psychiatric nursing. Medrxiv. 2018. Preprint (v.2) [cited 2019 Oct 12]. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0429>

Artigo publicado em periódico de divulgação comercial (revista e jornal):

Transgênicos: os grãos que assustam. Veja (São Paulo). 2003 out 29; 36(43):95-113.

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop-in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12; Sect. A:2 (col. 4).

Resumo, editorial e resenha publicados em periódico seriado regular:

Silva MM, Marinho GL, Baixinho CL. On the path to excellence: Escola Anna Nery Revista de Enfermagem under the leadership of Dr. Ivone Evangelista Cabral and Dr. Antonio José de Almeida Filho [editorial]. Esc Anna Nery. 2024;28:e2024E001. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2024-E001en>

Documento jurídico:

Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986 (BR). Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 26 jun 1986: Seção 1: 1.

Documento jurídico de meio eletrônico:

Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986 (BR). Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet], Brasília (DF). 26 jun 1986 [citado 4 jul 2008]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm

ANEXO B- JBI



JBI LEVELS OF EVIDENCE

Developed by the JBI Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party October 2013

June 2020

PLEASE NOTE: These levels are intended to be used alongside the supporting document outlining their use. Using Levels of Evidence does not preclude the need for careful reading, critical appraisal and clinical reasoning when applying evidence.

ibi.global

LEVELS OF EVIDENCE FOR EFFECTIVENESS

Level 1 – Experimental Designs

- Level 1.a = Systematic review of Randomized Controlled Trials (RCTs)
- Level 1.b = Systematic review of RCTs and other study designs
- Level 1.c = RCT
- Level 1.d = Pseudo-RCTs

Level 2 – Quasi-experimental Designs

- Level 2.a = Systematic review of quasi-experimental studies
- Level 2.b = Systematic review of quasi-experimental and other lower study designs
- Level 2.c = Quasi-experimental prospectively controlled study
- Level 2.d = Pre-test – post-test or historic/retrospective control group study

Level 3 – Observational – Analytic Designs

- Level 3.a = Systematic review of comparable cohort studies
- Level 3.b = Systematic review of comparable cohort and other lower study designs
- Level 3.c = Cohort study with control group
- Level 3.d = Case – controlled study
- Level 3.e = Observational study without a control group

Level 4 – Observational –Descriptive Studies

- Level 4.a = Systematic review of descriptive studies
- Level 4.b = Cross-sectional study
- Level 4.c = Case series
- Level 4.d = Case study

Level 5 – Expert Opinion and Bench Research

- Level 5.a = Systematic review of expert opinion
- Level 5.b = Expert consensus
- Level 5.c = Bench research/ single expert opinion

LEVELS OF EVIDENCE FOR DIAGNOSIS

Level 1 – Studies of Test Accuracy among consecutive patients

- Level 1.a = Systematic review of studies of test accuracy among consecutive patients
- Level 1.b = Study of test accuracy among consecutive patients

Level 2 – Studies of Test Accuracy among non-consecutive patients

- Level 2.a = Systematic review of studies of test accuracy among non-consecutive patients
- Level 2.b = Study of test accuracy among non-consecutive patients

Level 3 – Diagnostic Case control studies

- Level 3.a = Systematic review of diagnostic case control studies
- Level 3.b = Diagnostic case-control study

Level 4 – Diagnostic yield studies

- Level 4.a = Systematic review of diagnostic yield studies
- Level 4.b = Individual diagnostic yield study

Level 5 – Expert Opinion and Bench Research

- Level 5.a = Systematic review of expert opinion
- Level 5.b = Expert consensus
- Level 5.c = Bench research/single expert opinion

LEVELS OF EVIDENCE FOR PROGNOSIS

Level 1 – Inception Cohort Studies

- Level 1.a = Systematic review of inception cohort studies
- Level 1.b = Inception cohort study

Level 2 – Studies of All or none

- Level 2.a = Systematic review of all or none studies
- Level 2.b = All or none studies

Level 3 – Cohort studies

- Level 3.a = Systematic review of cohort studies (or control arm of RCT)
- Level 3.b = Cohort study (or control arm of RCT)

Level 4 – Case series/Case Controlled/ Historically Controlled studies

- Level 4.a = Systematic review of Case series/Case Controlled/ Historically Controlled studies
- Level 4.b = Individual Case series/Case Controlled/ Historically Controlled study

Level 5 – Expert Opinion and Bench Research

- Level 5.a = Systematic review of expert opinion
- Level 5.b = Expert consensus
- Level 5.c = Bench research/ single expert opinion

LEVELS OF EVIDENCE FOR ECONOMIC EVALUATIONS

Levels

1. Decision model with assumptions and variables informed by systematic review and tailored to fit the decision making context.
2. Systematic review of economic evaluations conducted in a setting similar to the decision makers.
3. Synthesis/review of economic evaluations undertaken in a setting similar to that in which the decision is to be made and which are of high quality (comprehensive and credible measurement of costs and health outcomes, sufficient time period covered, discounting, and sensitivity testing).
4. Economic evaluation of high quality (comprehensive and credible measurement of costs and health outcomes, sufficient time period covered, discounting and sensitivity testing) and conducted in setting similar to the decision making context.
5. Synthesis / review of economic evaluations of moderate and/or poor quality (insufficient coverage of costs and health effects, no discounting, no sensitivity testing, time period covered insufficient).
6. Single economic evaluation of moderate or poor quality (see directly above level 5 description of studies).
7. Expert opinion on incremental cost effectiveness of intervention and comparator.

LEVELS OF EVIDENCE FOR MEANINGFULNESS

1. Qualitative or mixed-methods systematic review
2. Qualitative or mixed-methods synthesis
3. Single qualitative study
4. Systematic review of expert opinion
5. Expert opinion