

# Dor no recém-nascido

DC SBP nº 191 (20/02/2025) comparado com o NICU Pain Management Clinical Pathway da Johns Hopkins All Children's (mar/2026), o framework da BAPM (nov/2025), NICE NG124, AAP 2010 e 2016, SENEo 2021 e SIN 2016.

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076  
Professor do Centro Universitário Max Planck

**Atualizações analisadas:** SBP — DC nº 191, Abordagem da Dor no Recém-Nascido (02/2025); BAPM — Management of Neonatal Pain, Framework for Practice (11/2025); Johns Hopkins All Children's — NICU Pain Management Clinical Pathway (03/2026) · Análise: setembro de 2026

Resumo com convergências e divergências entre as atualizações de 2025–2026 em Neonatologia e as posições da Sociedade Brasileira de Pediatria, AAP, NICE, AEP/SENeo, Sociedade Italiana de Neonatologia, Harvard (Boston Children's) e Johns Hopkins. [Baixar em PDF](#)

## CONTEÚDO

- |                                           |                                  |
|-------------------------------------------|----------------------------------|
| 1. O que mudou em 2025–2026               | 4. Concordâncias e discordâncias |
| 2. Posição brasileira (SBP)               | 5. Síntese                       |
| 3. Posição das referências internacionais | 6. Fontes                        |

## EM RESUMO

O **DC nº 191 da SBP (20/02/2025)** trata a dor como **6º sinal vital**, recomenda **NIPS** para dor aguda e **N-PASS** para dor aguda e prolongada, prioriza medidas não farmacológicas e classifica as **soluções adocicadas como intervenção farmacológica — glicose 25–30%** (0,5 mL no pré-termo, 2 mL no termo, máximo 6×/dia). Entre os analgésicos, usa só **paracetamol** como não opioide, elege o **fentanil** como opioide de escolha no Brasil, desaconselha opioide contínuo ou em dose alta por mais de 5 dias e sugere **rodízio fentanil ↔ morfina a cada 5–7 dias**. Em 2025–2026, a **BAPM** publicou framework sobre dor neonatal (nov/2025) e a **Johns Hopkins All Children's** revisou seu pathway institucional (05/03/2026): fentanil PRN antes de infusão, infusão **< 1 semana**, dexmedetomidina por IG. Há **consenso** em avaliação sistemática, medidas não farmacológicas e em não usar opioide contínuo de rotina no pré-termo ventilado. As **divergências**: a SBP é a única que não menciona a **sacarose 24%** (usada por SENEo, SIN e Johns Hopkins; a AAP não fixa solução nem dose); o **rodízio de opioides** não tem apoio em nenhuma referência, e uma revisão de 2026 alerta que não há razões de conversão neonatais; o **paracetamol** do DC (7,5–10 mg/kg a cada 6–8 h no < 32 semanas) difere do da Johns Hopkins (12–15 mg/kg a cada 12 h). A **lacuna** mais relevante é a **pré-medicação para intubação eletiva**, recomendada por AAP (2010), NICE (2019) e SENEo (2021).

## 1. O que mudou em 2025–2026

| DATA       | INSTITUIÇÃO                                   | DOCUMENTO                                            | O QUE MUDOU                                                                                                                                                                                                               |
|------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20/02/2025 | SBP — Departamento Científico de Neonatologia | DC nº 191, Abordagem da Dor no Recém-Nascido         | Escalas NIPS e N-PASS; glicose 25–30% como intervenção farmacológica; paracetamol por IG; fentanil como opioide de escolha; limite de 5 dias para opioide contínuo; rodízio fentanil ↔ morfina; dexmedetomidina adjuvante |
| 13/11/2025 | BAPM (Reino Unido)                            | Management of Neonatal Pain — Framework for Practice | Framework sobre reconhecer, medir, prevenir e tratar a dor; detalhes de escalas e doses não foram analisados aqui                                                                                                         |
| 05/03/2026 | Johns Hopkins All Children's                  | NICU Pain Management Clinical Pathway (revisão)      | N-PASS ≥ 4 para escalonar; sacarose 24% por IG; fentanil PRN primeiro e infusão < 1 semana; monitorar abstinência se opioide ≥ 7 d; dexmedetomidina, clonidina e gabapentina                                              |
| 2026       | Revisão (Front Pediatr) — evidência           | Opioides em neonatologia                             | Sem padrão neonatal de conversão entre opioides                                                                                                                                                                           |

## 2. Posição brasileira (SBP)

**Documento:** Documento Científico nº 191, 20/02/2025, 10 p. Departamento Científico de Neonatologia (pres. Licia Moreira; sec. Lilian Sadeck; relatoras Aurimery Chermont, Rita Silveira; colaboradora Ruth Guinsburg).

| TEMA                                      | CONTEÚDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Conceito                                  | Dor = 6º sinal vital; dor não tratada aumenta morbimortalidade e prejudica o neurodesenvolvimento; analgésicos e sedativos precoces também podem afetar a maturação cerebral do prematuro                                                                                                                                         |
| Escalas                                   | <b>NIPS</b> (0–7; dor > 3; só dor aguda, sem correção para prematuridade); <b>N-PASS</b> (dor 0–11, +1 se < 30 sem IGc; dor > 3; sedação –10 a 0; a cada 3–6 h; dor aguda e prolongada — cirurgia, dreno, VM, ECN, < 1.000 g, hipotermia)                                                                                         |
| Medidas não farmacológicas                | Ambiência, manuseio mínimo, presença dos pais; pele a pele ≥ 2 min antes; enrolamento; amamentação (pequenos volumes de leite ordenhado não são eficazes); sucção não nutritiva; <i>bundle</i> protocolado                                                                                                                        |
| Soluções adocicadas (farmacológicas)      | <b>Glicose 25% ou 30%:</b> termo 2,0 mL, prematuro 0,5 mL, 1–2 min antes, na parte anterior da língua; reduz 20% dos escores; <b>máximo 6×/dia</b> (neurotoxicidade com uso abusivo); colostroterapia analgésica no prematuro; não cita sacarose 24%                                                                              |
| Paracetamol (único não opioide; AINE não) | EV: < 32 sem <b>7,5–10 mg/kg a cada 6–8 h</b> (máx. 40 mg/kg/dia); 32–36 sem 7,5–12,5 mg/kg 6/6 h (máx. 50); > 36 sem 7,5–15 mg/kg 6/6 h (máx. 60). VO: 28–32 sem 10–15 mg/kg a cada 6–12 h (máx. 40); 33–40 sem máx. 60; termo > 10 d máx. 75 mg/kg/dia. Contraindicado na deficiência de G6PD e na cardiopatia canal-dependente |
| Opioides                                  | Morfina 0,1 mg/kg (0,05–0,2) 4/4–6/6 h; contínua < 37 sem 2–20 mcg/kg/h, ≥ 37 sem 5–50 mcg/kg/h. <b>Fentanil = opioide de escolha no Brasil:</b> 1 mcg/kg (0,5–3) em 5–10 min, a cada 2–4 h; contínuo 0,5 até máx. 3 mcg/kg/h (pré-termo) ou 5 mcg/kg/h (termo). Remifentanil 0,5–3 mcg/kg (p. ex. LISA); metadona no desmame     |
| Uso prolongado                            | Evitar opioide contínuo ou em dose alta > 5 dias; abstinência mais precoce com fentanil; <b>rodízio fentanil ↔ morfina a cada 5–7 dias</b> ; dexmedetomidina como adjuvante (VM, ventilação de alta frequência, hipotermia)                                                                                                       |

**Não aborda:** sacarose 24% e doses por IG; anestésico tópico (EMLA, lidocaína); **pré-medicação para intubação eletiva**; alternativas de sedação no LISA além do remifentanil; cetamina; dados de NEOPAIN e Europain; morfina não recomendada para sedação rotineira na VM; escalas de abstinência e protocolo de desmame.

### 3. Posição das referências internacionais

---

Os *clinical pathways* da Johns Hopkins All Children's são protocolos institucionais.

| REFERÊNCIA                                | DOCUMENTO E ANO                                                                                                                                                                                                                                                                  | POSIÇÃO RESUMIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EUA — AAP                                 | <a href="#">AAP COFN e Section on Anesthesiology and Pain Medicine — Prevention and Management of Procedural Pain in the Neonate: An Update (Pediatrics 2016;137:e20154271); Kumar, Denson, Mancuso — pré-medicação para intubação não emergencial (Pediatrics 2010;125:608)</a> | Programa escrito de prevenção da dor em cada serviço; prioriza sucção não nutritiva, amamentação e pele a pele. <b>Sacarose/glicose:</b> dose ótima desconhecida e segurança a longo prazo não estabelecida — devem ser <b>prescritas e registradas como medicamento</b> ; não fixa dose. Opioides e benzodiazepínicos só após ponderar risco e benefício. <b>Intubação não emergencial (2010): pré-medicação em todas</b> — analgésico, vagolítico e relaxante muscular de ação rápida; evitar sedativo isolado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Reino Unido — NICE / BAPM                 | <a href="#">NICE NG124 — suporte respiratório no pré-termo (2019); BAPM — Management of Neonatal Pain (13/11/2025)</a>                                                                                                                                                           | Sem diretriz NICE específica de dor neonatal. NG124: " <b>não usar morfina de rotina no pré-termo em suporte respiratório; considerar se houver dor</b> "; avaliar dor com protocolo local e reavaliar quem recebe morfina para suspender logo; <b>considerar pré-medicação na intubação eletiva</b> — opioide (morfina ou fentanil) + bloqueador neuromuscular, <b>ou propofol isolado</b> ; não trata do LISA. BAPM 2025: framework sobre reconhecer, medir, prevenir e tratar a dor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Espanha — SENEo / AEP                     | <a href="#">Espinosa Fernández et al. — Sedoanalgesia en las unidades neonatales (An Pediatr 2021)</a>                                                                                                                                                                           | Escala NFCS-R, <b>PIPP-R</b> , <b>N-PASS</b> , NIPS e Berna. <b>Sacarose 24%</b> 2 min antes, dose por IG ( <b>0,1–1 mL</b> ); leite materno como alternativa; medidas combinadas. Midazolam: evitar < 32 sem; dexmedetomidina emergente; paracetamol de eficácia limitada em procedimentos. <b>Intubação: pré-medicação</b> com opioide de ação rápida ± sedativo, relaxante em mãos experientes. <b>LISA:</b> sacarose + contenção, considerar fentanil ou propofol. VM: bolus de opioide para procedimentos; evidência insuficiente para sedação contínua rotineira. EMLA na punção venosa e lombar; na lombar, também infiltração + opioide.                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Itália — SIN                              | <a href="#">SIN — Linee guida per la prevenzione ed il trattamento del dolore nel neonato (3ª revisão, 06/2016)</a>                                                                                                                                                              | <b>Sacarose 24%:</b> 0,2–0,5 mL no pré-termo e 1–2 mL no termo, 2 min antes; <b>glicose 20–33%</b> na mesma dose; <b>no pré-termo, evitar &gt; 10 doses/24 h</b> . <b>Paracetamol não produz analgesia na punção de calcânhar e não deve ser usado</b> para isso (recomendação forte). Fentanil 1–2 mcg/kg em procedimentos; remifentanil para PICC.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Harvard — Boston Children's / BWH / BIDMC | —                                                                                                                                                                                                                                                                                | Sem documento específico localizado (diretriz ou protocolo público de dor e sedação neonatal).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Johns Hopkins All Children's              | <a href="#">NICU Pain Management Clinical Pathway (revisado em 05/03/2026)</a>                                                                                                                                                                                                   | <b>N-PASS</b> (e FLACC); escalonar se ≥ 4; meta de queda ≥ 2 pontos. <b>Sacarose 24%:</b> 27–31 sem 0,5 mL; 32–36 sem 1 mL; ≥ 37 sem 2 mL; <b>não usar &lt; 27 sem</b> nem > 4 meses. Lidocaína tópica/intradérmica, tetracaína (ROP), opioide (PICC, dreno). <b>Paracetamol 12–15 mg/kg:</b> < 32 sem PMA 12/12 h; ≥ 32 sem 8/8 h; termo 6/6 h. <b>Morfina</b> 0,05 mg/kg a cada 3–4 h, infusão 0,01–0,2 mg/kg/h; morfina contínua rotineira no pré-termo não melhorou dor nem neurodesenvolvimento. <b>Fentanil</b> 0,5–3 mcg/kg, infusão 0,5–3 mcg/kg/h; <b>iniciar PRN</b> , depois horário; <b>infusão &lt; 1 semana</b> (associação com pior neurodesenvolvimento aos 24 meses). <b>Monitorar abstinência se opioide ≥ 7 d;</b> desmame gradual. <b>Dexmedetomidina:</b> 28–36 sem 0,1 mcg/kg/h (máx. 1,5); > 36 sem 0,3 mcg/kg/h (máx. 2,5). Clonidina 0,5–2 mcg/kg; gabapentina 2,5–10 até 35 mg/kg/dia. |
| Evidência transversal                     | <a href="#">Revisão sobre opioides neonatais (Frontiers in Pediatrics 2026)</a>                                                                                                                                                                                                  | Fentanil e morfina com analgesia semelhante, menos hipomotilidade com fentanil; <b>não há padrão neonatal de conversão entre opioides</b> ; não usar razões equianalgésicas de adulto; retitular após a troca. Os ensaios NEOPAIN e Europain não apoiam opioide contínuo rotineiro no pré-termo ventilado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

## 4. Concordâncias e discordâncias

| TEMA                                    | SBP                                         | AAP                                       | NICE/UK                                | AEP/SENEO                           | ITÁLIA                                                              | HARVARD | J. HOPKINS                                   | LEITURA                |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------|------------------------|
| Escalas                                 | NIPS, N-PASS                                | Avaliação rotineira                       | Protocolo local                        | NFCS-R, PIPP-R, N-PASS, NIPS, Berna | —                                                                   | —       | N-PASS ≥ 4                                   | N-PASS comum a vários  |
| Solução adocicada                       | <b>Glicose 25–30%</b> ; 0,5/2 mL; máx. 6×/d | Prescrever como medicamento; dose incerta | —                                      | <b>Sacarose 24%</b> 0,1–1 mL        | <b>Sacarose 24%</b> 0,2–0,5/1–2 mL; glicose 20–33%; ≤ 10/24 h no PT | —       | <b>Sacarose 24%</b> 0,5/1/2 mL; não < 27 sem | SBP única sem sacarose |
| Anestésico tópico                       | Não aborda                                  | —                                         | —                                      | EMLA                                | —                                                                   | —       | Lidocaína, tetracaína                        | Lacuna SBP             |
| Paracetamol < 32 sem                    | 7,5–10 mg/kg 6–8/h                          | —                                         | —                                      | Eficácia limitada em procedimentos  | Não usar no calcanhar                                               | —       | <b>12–15 mg/kg 12/12 h</b>                   | Doses divergentes      |
| Opioide preferido                       | <b>Fentanil</b>                             | —                                         | Morfina se dor (não de rotina)         | Fentanil ou morfina                 | Fentanil (procedimentos)                                            | —       | Morfina ou fentanil; fentanil PRN primeiro   | Diferença de ênfase    |
| Opioide contínuo no ventilado           | Evitar > 5 d                                | Ponderar risco                            | <b>Não de rotina</b>                   | Evidência insuficiente              | —                                                                   | —       | Fentanil < 1 semana                          | Concordância ampla     |
| Pré-medicação na intubação eletiva      | <b>Não aborda</b>                           | <b>Todas</b>                              | Considerar (opioide + BNM ou propofol) | Sim                                 | —                                                                   | —       | Não aborda                                   | <b>Lacuna SBP</b>      |
| LISA                                    | Remifentanil                                | —                                         | Não aborda                             | Sacarose ± fentanil/propofol        | —                                                                   | —       | —                                            | Pouca padronização     |
| Dexmedetomidina                         | Adjuvante                                   | —                                         | —                                      | Emergente                           | —                                                                   | —       | Doses por IG                                 | JH mais detalhado      |
| Abstinência e desmame                   | Sem escala                                  | —                                         | —                                      | —                                   | —                                                                   | —       | Monitorar se ≥ 7 d; clonidina                | Lacuna geral           |
| <b>Rodízio fentanil ↔ morfina 5–7 d</b> | <b>Sugere</b>                               | Não                                       | Não                                    | Não                                 | Não                                                                 | —       | Não                                          | <b>Sem respaldo</b>    |

## 5. Síntese

O DC nº 191 converge com as referências no essencial: dor como sinal vital, uso de escalas validadas (a N-PASS é comum a SBP, SENEo e Johns Hopkins), medidas não farmacológicas combinadas e protocoladas, e cautela com opioide contínuo no pré-termo — o limite de 5 dias da SBP é compatível com o "não de rotina" do NICE, com a evidência insuficiente citada pela SENEo e com a infusão de fentanil limitada a menos de 1 semana na Johns Hopkins. A classificação das soluções adocicadas como intervenção farmacológica também coincide com a AAP, que pede que sejam prescritas e registradas como medicamento.

As divergências estão nos detalhes que o neonatologista aplica todos os dias. A SBP é a única a recomendar **glicose 25–30%** sem mencionar a **sacarose 24%**, usada com doses por idade gestacional por SENEo, SIN e Johns Hopkins; a SIN aceita glicose 20–33% com as mesmas doses e limita o pré-termo a 10 doses/24 h, enquanto a SBP fixa 6×/dia, e a Johns Hopkins não usa sacarose abaixo de 27 semanas. O **paracetamol** do DC no < 32 semanas (7,5–10 mg/kg a cada 6–8 h) é mais fracionado que o da Johns Hopkins (12–15 mg/kg a cada 12 h), e a SIN lembra que ele não analgesia a punção de calcanhar. O **rodízio fentanil ↔ morfina a cada 5–7 dias** não aparece em nenhuma referência, e a revisão de 2026 alerta que não existem razões de conversão neonatais validadas — deve ser lida como opinião de especialista.

A lacuna prática mais importante é a **pré-medicação para intubação eletiva**, que a AAP recomenda desde 2010 para toda intubação não emergencial (analgésico, vagolítico e relaxante muscular), o NICE sugere considerar (opioide + bloqueador ou propofol) e a SENEo adota; o DC também não trata de anestésico tópico, de escalas de abstinência nem de protocolo de desmame. O pathway da Johns Hopkins (2026) é o mais operacional nesses pontos.

#### OBSERVAÇÕES CRÍTICAS

1. **Solução adocicada:** prescrever como medicamento; se disponível, sacarose 24% por IG (p. ex. 0,5 mL em 27–31 sem, 1 mL em 32–36 sem, 2 mL no termo — Johns Hopkins); com glicose 25–30%, seguir 0,5 mL no pré-termo e 2 mL no termo, respeitando o teto de 6×/dia da SBP.
2. **Intubação eletiva:** usar pré-medicação (opioide de ação rápida + relaxante muscular, com vagolítico conforme a AAP; propofol isolado é alternativa no NICE), evitando sedativo isolado.
3. **Opioide contínuo no pré-termo ventilado:** não de rotina; se necessário, iniciar fentanil em bolus PRN, limitar a infusão a menos de 5–7 dias e monitorar abstinência a partir de 7 dias.
4. **Rodízio fentanil ↔ morfina:** não fazer de rotina; se houver troca, retitular a dose sem usar razões equianalgésicas de adulto.
5. **Paracetamol:** respeitar a dose máxima diária por IG (40 mg/kg/dia EV no < 32 sem na SBP); não usar para punção de calcanhar.
6. **Anestésico tópico** (EMLA, lidocaína) em punção venosa e lombar, combinado a pele a pele, sucção e contenção.

## 6. Fontes

- SBP. Abordagem da Dor no Recém-Nascido. Documento Científico nº 191, Departamento Científico de Neonatologia, 20/02/2025.
- AAP Committee on Fetus and Newborn; Section on Anesthesiology and Pain Medicine. Prevention and Management of Procedural Pain in the Neonate: An Update. *Pediatrics* 2016;137(2):e20154271. [publications.aap.org](https://publications.aap.org)
- Kumar, Denson, Mancuso; AAP. Premedication for nonemergency endotracheal intubation. *Pediatrics* 2010;125(3):608. [publications.aap.org](https://publications.aap.org)
- NICE. NG124 — suporte respiratório no RN pré-termo, 2019. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- BAPM. Management of Neonatal Pain — Framework for Practice, 13/11/2025. [bapm.org](https://www.bapm.org)
- Espinosa Fernández et al.; Comisión de Estándares SENEo. Sedoanalgesia en las unidades neonatales. *An Pediatr* 2021. [analesdepediatria.org](https://analesdepediatria.org)
- Lago, Garetti et al.; SIN. Linee guida per la prevenzione ed il trattamento del dolore nel neonato, 3ª revisão, 06/2016. [sin-neonatalogia.it](https://sin-neonatalogia.it)
- Johns Hopkins All Children's Hospital. NICU Pain Management Clinical Pathway, revisado em 05/03/2026. [PDF](#)

- Revisão sobre opioides neonatais. Front Pediatr 2026. [frontiersin.org](https://www.frontiersin.org)
- Anand et al. Ensaio NEOPAIN. Lancet 2004. Carbajal et al. Estudo European. Lancet Respir Med 2015.

## **Dr. José Roberto Stefani**

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · [pediatra.stefani@gmail.com](mailto:pediatra.stefani@gmail.com) · [www.neonatologia.com.br](http://www.neonatologia.com.br)

---

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.