

FACULDADE LABORO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM UTI

LIDIANA DOS SANTOS PENHA FERREIRA
XIMÊNIA PEREIRA SOUSA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO MANEJO DA DOR EM RECÉM-NASCIDO
NA UTI**

São Luís
2015

**LIDIANA DOS SANTOS PENHA FERREIRA
XIMÊNIA PEREIRA SOUSA**

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO MANEJO DA DOR EM RECÉM-NASCIDO
NA UTI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Curso de Especialização em UTI da Faculdade Laboro-Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em UTI.

Orientador(a): Prof.^a Ms. Claudia Monteiro de Andrade

São Luís
2015

**LIDIANA DOS SANTOS PENHA FERREIRA
XIMÊNIA PEREIRA SOUSA**

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO MANEJO DA DOR EM RECÉM-NASCIDO
NA UTI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao
Curso de Especialização em UTI da Faculdade
Laboro-Universidade Estácio de Sá, para obtenção
do título de Especialista em UTI.

Aprovadas em: / /

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Ms. Claudia Monteiro de Andrade
(Orientador(a))

Examinador(a)

Esse trabalho é dedicado aos nossos familiares que estão sempre nos apoiando e nos colocando segurança para não desistir de nossos objetivos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pois sem Ele nada seria possível e não estaríamos aqui reunidas, desfrutando, juntas, deste momento precioso.

As nossas famílias, por tudo que fizeram e sempre tem feito por nós, pelo apoio e incentivo constante e quando no momento de nossa ausência, dedicados ao estudo, sempre estenderam que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente.

Aos amigos e amigas, nossa segunda família, que fortaleceram os laços da igualdade, num ambiente fraterno e respeitoso. Jamais nos esqueceremos de vocês!

À nossa orientadora, Claudia Monteiro de Andrade, professora, amiga, muito obrigada pela dedicação, ajuda e por fazer parte desse momento importante de nossas vidas.

E por fim, agradecemos em especial, a cada pessoa que passou por nossas vidas nesses anos de faculdade e que, mesmo sem saber, ensinaram-nos algo de bom e mais do que nunca, podemos dizer com palavras. Nosso eterno obrigado!

“... Penso que cumprir a vida seja simplesmente compreender a marcha e ir tocando em frente..., ...Todo mundo ama um dia, todo mundo chora, num dia a gente chega e no outro vai embora. Cada um de nós compõe a sua história, e cada ser em si carrega o dom de ser capaz de ser feliz...”

(Renato Teixeira)

RESUMO

O controle da dor é destacado como relevante na assistência neonatal, sendo medida necessária para reduzir a chance de complicações hemodinâmicas, endócrino-metabólicas, afetivas e comportamentais, entre outras, e proteger os recém-nascidos de possíveis efeitos deletérios da dor. O objetivo do estudo foi identificar os instrumentos avaliativos da dor neonatal utilizados pela equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Tratou-se de um estudo exploratório e descritivo através de pesquisa bibliográfica. O levantamento de dados, isto é, das publicações que compuseram esta pesquisa, ocorreu nas seguintes bases de dados virtuais: BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Para avaliação da dor é necessária a utilização de escalas, principalmente quando se trata de recém-nascido. A escolha de todo e qualquer tratamento ou conduta terapêutica depende de avaliação e mensuração confiáveis da dor do recém-nascido internado. O estudo comprova que o choro é um alerta de que algo está errado, associado ou não à dor. Durante a dor, o choro possui uma fase expiratória mais prolongada e tem sua durabilidade aumentada. Este estudo concluiu que dificultam a avaliação do choro: a falta de habilidade em distinguir o tipo de choro, o tubo oro-traqueal, a fome e o desconforto. A escala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) é descrita como o principal instrumento de avaliação da dor utilizada pela equipe hospitalar.

Palavras chave: dor-neonatal, avaliação da dor, unidade de terapia intensiva neonatal.

ABSTRACT

Pain control is highlighted as relevant in neonatal assistance, being necessary measure to reduce the chance of complications, hemodynamic, metabolic, endocrine and behavioral affective, among others, and to protect newborns from possible harmful effects of pain. The objective of this study was to identify evaluation neonatal pain instruments used by nursing staff at the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). This was an exploratory and descriptive study through bibliographical research. Data collection, that is, the publications that composed this research occurred in the following databases: virtual VHL (Virtual Health Library), SCIELO (Scientific Electronic Library Online). For evaluation of pain is necessary to use scales, especially when it comes to newborn. The choice of any treatment or therapeutic conduct depends on reliable assessment and measurement of pain of the newborn in the hospital. The study shows that crying is a warning that something is wrong, associated or not to pain. During the pain, the crying has a more prolonged expiratory phase and increased durability. This study concluded that the assessment of the cry: the lack of ability to distinguish the type of crying, the oro-tracheal tube, hunger and discomfort. The scale NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) is described as the primary instrument of pain assessment used by hospital staff.

Key words: neonatal pain, pain assessment, neonatal intensive care unit.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Expressão facial como indicador comportamental mais consistente da dor em lactentes	20
Figura 2 – Escala visual analógica empregada para mensuração da dor	21
Figura 3 - Escala de Faces Wong-Baker: Classificação da dor: 0 – sem dor; 1 a 2 – dor leve; 3 – dor moderada; 4 – dor forte; 5 – dor insuportável	25
Figura 4 – Escala de Faces por Maurício de Souza	26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Escala de Codificação da Atividade Facial Neonatal (NFCS)	23
Tabela 2 – Escala CRIES de dor para recém-nascidos operados	24
Tabela 3 – Escala comportamental de dor para recém-nascidos Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)	24
Tabela 4 – Escala objetiva de Dor de HANALLAH	25

LISTA DE ABREVIATURAS

AISP- Internacional Association For The Study Of Pain

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

Cries - Escore para a avaliação da Dor Pós-Operatória do Recém-Nascido

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

EVA - Escala visual analógica

FPS-R - Escala de Faces Revisada

NFCS - Neonatal Facial Action Coding System

NIPS - Neonatal Infant Pain Scale

RN – Recém-nascido

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	15
2.1	Geral	15
2.2	Específicos	15
3	METODOLOGIA	16
3.1	Tipo de estudo	16
3.2	Período de Coleta	16
3.3	Coleta de dados	16
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
4.1	Conceito	17
4.2	Pré-maturidade neonatal	17
4.3	Dor	18
	4.3.1 Mecanismo da dor	18
	4.3.2 Dor neonatal	18
4.4	Uso das Escalas de Avaliação	21
	4.4.1 Escalas unidimensionais	21
	4.4.2 Escalas multidimensionais	22
4.5	Uso das Escalas de Avaliação Neonatal	22
4.6	Atuação do enfermeiro em unidades de Terapia Intensiva Neonatal	27
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
	REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que a dor faz parte da vida da maioria dos seres humanos, e que desde os primórdios dos tempos houve de forma progressiva a procura da compreensão e busca pela extinção da mesma. Existe uma enorme dificuldade para interpretação e descrição da própria dor, provavelmente esta seja uma das causas da impossibilidade de conhecer a dor do outro (BASTOS, 2007).

Para a Associação Internacional do Estudo da Dor (IASP, 2007) a “dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos que sugerem tal dano”.

A dor é um elemento natural da vida e um assunto que certamente desperta um grande interesse nos profissionais de saúde, isso porque ainda há dificuldade na mensuração e conseqüentemente na avaliação, a qual é indispensável para nortear a terapêutica adequada. O enfermeiro deve estar atento e desenvolver continuamente uma percepção acurada, para que a dor que o paciente refere ou demonstra não seja subestimada ou mal interpretada (SOUZA, et al. 2010).

De forma abrangente, a dor é um fenômeno universal, vivenciado por indivíduos em todas as faixas etárias, níveis socioeconômicos e em diversas situações e ambientes (IRION, 2005).

A própria definição de dor defendida pela Associação Internacional para o Estudo da dor, evidencia o caráter verbal do fenômeno, uma vez que a conceitua como uma experiência sensorial e emocional desagradável, em razão de uma lesão real, potencial ou decorrente dessa lesão. A dor é sempre subjetiva (GUINSBURG, R; CUENCA, 2010).

Na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), setor equipado de alta tecnologia, o RN sofre inúmeros procedimentos com o objetivo de reestabelecer seu estado clínico, desencadeando vários episódios algícos. Calcula-se que o RN internado neste setor receba cerca de 50 a 134 episódios de manuseio ao dia, tanto por procedimentos dolorosos quanto para cuidados de rotinas. Além de serem expostos a outros fatores desagradáveis como: ruídos, luz intensa e continua (MAGALHÃES, 2011).

O enfermeiro tem como parte fundamental do seu trabalho assistir ao ser humano, e isso deve ser feito com qualidade e humanização para que as intervenções propostas alcance o resultado desejado. No atendimento do paciente com dor o profissional desenvolve um papel de extrema relevância, uma vez, que cabe ao mesmo a responsabilidade de ouvir, registrar as queixas álgicas do paciente além da administração de analgésicos, da realização de manobras de conforto mudanças de decúbito, entre outros (TIMBY, 2007).

O registro da dor deve constituir parte integral da assistência prestada ao paciente, não devendo ser deixada como ação secundária, merece um olhar profissional e humano. É notório que a dor afeta de forma negativa o status físico e mental do ser humano, prejudicando o bom andamento da sua rotina, portanto é relevante a elaboração de uma conduta terapêutica adequada e específica as necessidades do cliente (PAIVA, et al, 2006).

Os enfermeiros constituem uma das classes de maior presença no acompanhamento do paciente, portanto é de extrema importância aderir à dor como sinal vital realizando registro e identificando suas características, desta forma será possível nortear um tratamento adequado, que corresponda às necessidades do paciente em relação a dor que ele está sentindo (AZNOWSKI, LACETTI,2005).

Para uma avaliação adequada da dor é importante ser documentada e feita de forma continua e sistemática. Devem ser coletadas informações como: as particularidades da dor, fatores atenuantes e agravantes, bem como identificar o nível de conhecimento que o paciente tem em relação a sua dor. Avaliar a dor é um processo difícil tanto por ser subjetiva quanto aos recursos validados para a sua compreensão (PAIVA, et al, 2006).

Para avaliar a dor a equipe de enfermagem deve adotar as escalas voltadas à análise de indicadores fisiológicos e comportamentais dos RNs. Dentre os fatores fisiológicos podem descrever a frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória e saturação de oxigênio. Como medições comportamentais devem ser observadas e avaliadas as reações do RN aos estímulo nociceptivo, tais como: choro, resposta motora, mimica facial e alterações no ciclo do sono-vigília (FREITAS; PEREIRA; OLIVEIRA, 2015)

O choro também se enquadra como outra manifestação comportamental que aponta para a presença de dor, pois é uma forma de comunicação e manifestação desta. Porém, é necessário estar atento a este indicador, que apesar de informar que algo está errado, pode ou não ser um indicativo clínico de dor. Além disso, pode ser representativo de outros fenômenos, como: fome, desconforto e a atividade motora alterada (SANTOS; RIBEIRO; SANTANA, 2012).

A avaliação da dor depende da veracidade do relato do paciente, todavia, este aspecto não pode ser analisado de forma isolada. Devem ser levados em consideração, aspectos ético-culturais, gênero, expressão facial/corporal, entre outros, uma vez que se trata de algo que possui a subjetividade implícita, portanto possivelmente não pode ser mensurada de forma fidedigna, como os demais sinais vitais (FONTES; JAQUES, 2007).

A dor constitui um grande desafio, tanto para quem a sente como para os profissionais que lidam diariamente com ela. Neste sentido, as ações que o enfermeiro desenvolverá, serão tão mais eficazes quanto maior for a sua capacidade de interpretar a expressão da dor no RN. O desenvolvimento desta habilidade possibilitará eficácia, muito embora a dor seja uma experiência individual e difícil de qualificar de forma precisa (BARREIRA; GOMES, 2007).

Para avaliar a dor, a equipe de enfermagem deve adotar as escalas voltadas à análise de indicadores fisiológicos e comportamentais dos RNs. Dentre os fatores fisiológicos, podem descrever a frequência cardíaca, a pressão arterial, a frequência respiratória e a saturação de oxigênio. Como medições comportamentais devem ser observadas e avaliadas as reações do RN aos estímulos nociceptivos, tais como: choro, resposta motora, mímica facial e alterações no ciclo do sono-vigília (FREITAS; PEREIRA; OLIVEIRA, 2012).

O estudo foi relevante para elucidar a necessidade de um olhar atento do enfermeiro a respeito das singularidades dos sujeitos por ele cuidados, a fim de embasar suas ações nos princípios da integralidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Estudar a atuação do enfermeiro no manejo da dor em recém-nascidos na UTI

2.2 Específicos

- 1) Compreender a percepção do enfermeiro em relação à dor.
- 2) Identificar os instrumentos avaliativos da dor neonatal utilizados pela equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, com abordagem caracterizada pela busca de uma resposta a uma questão norteadora ou a uma problematização, a partir de publicações científicas, as quais foram analisadas e discutidas.

O estudo bibliográfico incluiu a leitura, análise e interpretação de livros, periódicos, documentos mimeografados ou fotocopiados, mapas, imagens, manuscritos. Todo material recolhido foi submetido a uma triagem, a partir da qual foi possível estabelecer um plano de leitura. Uma leitura atenta e sistemática que se fez acompanhar de anotações e fichamentos que, poderiam servir à fundamentação teórica do estudo.

A pesquisa exploratória foi utilizada para realizar um estudo preliminar do principal objetivo da pesquisa que foi realizada. Buscou-se aprofundamento no estudo do fenômeno que foi investigado, de modo que a pesquisa subsequente pôde ser concebida com uma maior compreensão e precisão.

3.2 Período de Coleta

O período da coleta foi nos meses de janeiro a junho de 2015.

3.3 Coleta de dados

O levantamento de dados, isto é, das publicações que compuseram a amostra desta pesquisa, ocorreu nas seguintes bases de dados virtuais: BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online).

Desta maneira, foi obedecido aos seguintes critérios de inclusão: em idioma português, artigos completos, enquadrar-se entre 2001 a 2015, ser compatível com o tema, estar na íntegra e disponível gratuitamente. Os descritores de acordo com o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) foram: dor, dor neonatal, avaliação e enfermagem. A busca foi realizada usando: dor, avaliação da dor e, dor e enfermagem.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Conceito

Dor é um fenômeno complexo, subjetivo e multifatorial definido pela International Association for the Study of Pain (IASP) como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada a lesão real ou potencial dos tecidos”. Ressalta-se que a incapacidade em comunicar a ocorrência de dor, verbal ou não verbalmente, não interfere na percepção da ocorrência de dor e na necessidade de tratamento apropriado (BALDA; GUINSBURG, 2004).

Devido ao fato da dor ser um fenômeno subjetivo, encontra-se uma grande dificuldade na elaboração de métodos de fácil avaliação e aplicação na prática clínica. Ainda não se encontra métodos cientificamente comprovados que sejam garantidos para uma perfeita avaliação da dor. Contudo, já se tem conhecimento que além de serem sensíveis à dor os RNs podem sofrer consequências fisiológicas, orgânicas e emocionais podendo chegar a comprometer inclusive o seu crescimento e desenvolvimento (SOUZA *et al.*, 2006).

4.2 Pré-maturidade neonatal

Os cuidados após o nascimento é uma função assistencial exercida, na maioria das vezes, pela equipe de enfermagem. Isso exige do profissional aprimoramento de seus conhecimentos a respeito de técnicas e habilidades para a aplicação de vários princípios científicos, promovendo a segurança necessária e benefícios para o recém-nascido, principalmente nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI), no qual há uma complexa terapia medicamentosa, o uso de inúmeros equipamentos e gravidade e instabilidade clínica dos clientes, é feito o acompanhamento e reconhecimento no pré-natal de risco e gestação com pós-maturidade, sendo que os recém-nascidos pós- termos são os mais acometidos por essa síndrome. A equipe de saúde deve estar capacitada para ações eficazes e eficientes nos casos de líquidos amnióticos tinto por mecônio (KOPELMAN, 2005).

Afirma-se que o paciente dentro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é visto como um objeto sem identidade, excessivamente manipulado e dividido em problemas; esta visão torna o cuidar tecnicista e

mecânico, minimizando as necessidades emocionais do RN. Tal afirmativa fica facilmente exemplificada ao se observar a atitude da equipe de enfermagem durante um procedimento comum como a punção venosa: duas profissionais tentam a punção uma, duas, três vezes. Uma imobiliza o corpo do recém-nascido, segura firmemente seu braço, enquanto a outra introduz o dispositivo (cateter intravenoso) seguidas vezes, finalmente conseguindo. O RN chora, se contorce, não há preocupação em consolá-lo (NASCIMENTO, 2004).

A UTI é um local onde a enfermagem presta uma assistência qualificada por 24 horas, e possui um conjunto de ações que são destinados ao atendimento de pacientes graves ou com risco, além de contar com equipamentos e recursos humanos especializados. Assim, a UTI é o setor que mais gera distúrbios emocionais e psicológicos nos pacientes, familiares e profissionais (CAETANO *et al.*, 2007).

4.3 Dor

A avaliação da dor é imprescindível para se propor um efetivo controle. Esta avaliação pode ser realizada pela observação dos parâmetros fisiológicos, comportamentais e neuroendócrinos, ou por instrumentos padronizados específicos. Todos os métodos têm vantagens e limitações (BUENO; KIMURA; PIMENTA, 2007).

4.3.1 Mecanismo da dor

Historicamente, a dor e seu controle têm recebido pequena prioridade e atenção pelos profissionais de saúde. As escolas médicas devotam pouco ou nenhum tempo a este tópico, deixando os profissionais recém-formados com reduzida ou nenhuma habilidade para lidar com este problema (GOMES; SILVA; PEDRAS; *et al.*, 2006).

4.3.2 Dor Neonatal

Por muitos anos, acreditou-se que os Recém-Nascidos (RNs) eram incapazes de sentirem dor, devido, o pressuposto que seu sistema nervoso ainda não estava completamente formado. Embora relativamente imaturo, o sistema

neurobiológico que é necessário a nocicepção encontra-se formado entre a 24^a e 28^a semana de gestação. Suas estruturas periféricas e centrais necessárias à percepção da dor estão presentes e funcionando nos prematuros já no nascimento. Os RNs podem perceber à dor com mais intensidade do que as crianças e os adultos, devido seus mecanismos de controle inibitório serem imaturos, diminuindo capacidade de modular a experiência dolorosa (GASPARDO et al., 2005).

A avaliação da dor no período neonatal baseia-se na avaliação das respostas do recém-nascido a dor. O modelo da avaliação do lactente pré-verbal (neonato) é determinado por modificações de órgãos, sistemas e comportamentos ocorridos após um estímulo doloroso agudo. Assim, a avaliação do neonato baseia-se em alterações das medidas fisiológicas e comportamentais observadas antes, durante e depois de um estímulo potencialmente doloroso (BALDA; GUINSBURG, 2004).

O ato de avaliar a dor em recém-nascidos constitui um dos maiores dilemas enfrentado na vivência prática nos ambientes hospitalares devido à complexidade de se decodificar os sinais algícos específicos do RN². Desse modo, para facilitar a avaliação clínica e o manejo adequado da dor auxiliando a interação e comunicação entre a equipe de saúde, vários autores vêm pesquisando instrumentos denominados escalas multidimensionais, o que tem permitido avaliar a dor de cada paciente. As escalas atribuem pontos a determinados parâmetros comportamentais e fisiológicas, e tem como resultado uma pontuação final que auxilia na determinação e detecção da dor após o evento doloroso (CRESCÊNCIO; ZANELATO; LEVENTHAL, 2009)

A avaliação da dor é imprescindível para se propor um efetivo controle. Esta avaliação pode ser realizada pela observação dos parâmetros fisiológicos, comportamentais e neuroendócrinos, ou por instrumentos padronizados específicos. Todos os métodos têm vantagens e limitações (BUENO; KIMURA; PIMENTA CAM, 2007).

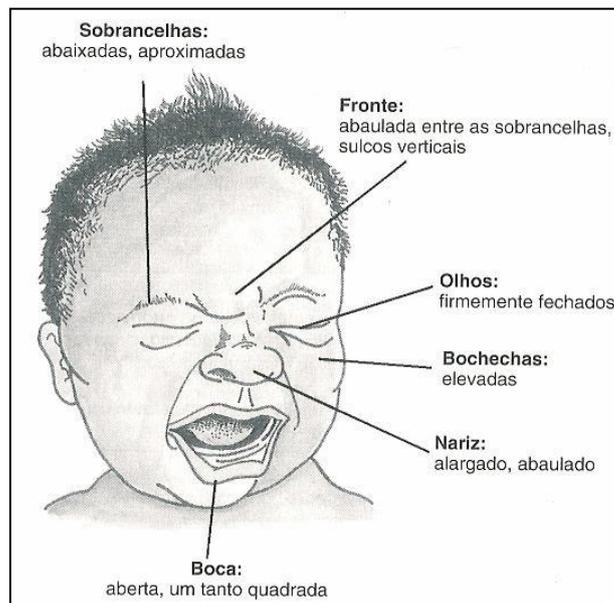
A avaliação comportamental da dor baseia-se na alteração de determinadas expressões comportamentais após um estímulo doloroso, parecendo ser mais sensível e específico na detecção da dor quando comparada às medidas fisiológicas. Dentre os comportamentos que podem indicar dor no RN estão o choro, a expressão facial e a agitação. Entre as reações fisiológicas, destacam-se o aumento da frequência cardíaca, respiratória e da pressão arterial, a diminuição da

saturação de oxigênio, a apnéia, a cianose, os tremores e a sudorese. Entre as respostas comportamentais à dor as mais estudadas são a resposta motora, a mímica facial, o choro e o padrão de sono e vigília (GOMES et al., 2006).

As alterações da mímica facial vêm sendo uma das ferramentas mais empregadas no estudo da dor do recém-nascido: fronte saliente, fenda palpebral estreitada, sulco nasolabial aprofundado, lábios entreabertos, boca estirada, tremor de queixo e língua tensa. Alguns estudos sugerem que as respostas comportamentais à dor são mais consistentes e específicas que as medidas fisiológicas (SANTOS; ALVES; SALGE, 2012).

A principal avaliação do neonato é feito por meio da observação da expressão facial, da movimentação corporal, do choro, das alterações do sono e, até mesmo, das alterações na relação mãe-filho. Entretanto a irritabilidade, letargia, distúrbios do padrão do sono e inquietação podem também ser observadas como indício de dor.

Figura 1 – Expressão facial como indicador comportamental mais consistente da dor em lactentes.



Fonte: WONG, D. L.; et al. 1999. p. 548.

De acordo com Guinsburg et al. (2004) o choro tem padrão melódico e frequência do redor de 80 decibéis. Estudos realizados através de espectrografia demonstram que o choro de dor tem características próprias: início súbito, sem antecedência de gemidos. Sabe-se que o choro do neonato, de maneira geral, apresenta-se uma expiratória definitiva, seguida por uma breve inspiração, um

período de descanso e, de novo, uma fase expiratória mais prolongada a tonalidade mais aguda e há perda do padrão melódico, com duração aumentada.

A mensuração da dor é extremamente importante, pois sem sua medida, torna-se difícil determinar o tratamento mais adequado para a criança, ou quando deverá ser interrompido. A eficácia do tratamento e o seu seguimento dependem de avaliação e mensuração confiável da dor. Entre os instrumentos disponíveis para a avaliação da dor na criança estão às escalas de intensidade unidimensionais como a escala numérica verbal, pela qual o paciente sugere um número para representar a intensidade da dor, sendo que zero significa ausência de dor e 10 a dor mais intensa possível. Pode ser aplicada em crianças com mais de sete anos (POSSO, 2006 *apud* KANAI; FIDELIS, 2010).

4.4 Uso das Escalas de Avaliação

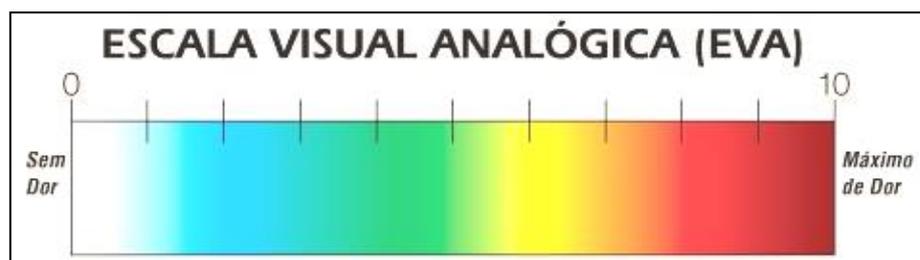
Em vista de todos esses problemas, torna-se necessário avaliar a dor regularmente usando-se escalas de dor. Existem vários métodos para avaliação da dor e cada um tem o seu uso em diferentes situações clínicas (GOMES; SILVA; PEDRAS; *et al.*, 2006):

4.4.1 Escalas unidimensionais

As escalas unidimensionais de dor, nas quais o paciente é questionado para descrever a intensidade de sua dor, podem ser de três tipos:

1. Visual analógica: o paciente, através de uma régua, indica a intensidade de sua dor; em uma extremidade tem-se “ausência de dor” e na outra “a pior dor possível” (fig.2):

Figura 2 – Escala visual analógica empregada para mensuração da dor



Fonte: <http://www.praticahospitalar.com.br>

2. Numérica: o paciente quantifica a intensidade de sua dor em uma escala de 0 a 10.
3. Categórica: o paciente classifica a sua dor como ausente, leve, moderada ou severa.

Trata-se de escalas que são frequentemente empregadas em ambientes clínicos por serem de aplicação fácil e rápida. Particularmente, as escalas numérica e categórica são fáceis para os pacientes e, em geral, podem ser usadas para avaliar a severidade da dor tanto em ambulatórios quanto em hospitais. A escala categórica é facilmente entendida até mesmo por aqueles pacientes com déficit cognitivo.

4.4.2 Escalas multidimensionais

Ferramentas de avaliação de dor detalhadas foram desenvolvidas para auxiliar o especialista a medir e avaliar o efeito da dor no humor, nas atividades diárias e na qualidade de vida - propriedades estas que a escala unidimensional não consegue detectar. No entanto, as escalas multidimensionais são mais difíceis para o paciente completar e, além disso, a influência da dor na vida do indivíduo pode ser avaliada por um histórico detalhado (GOMES; SILVA; PEDRAS; *et al.*, 2006).

4.5 Uso das Escalas de Avaliação Neonatal

Guinsburg (2008) ressalva que para que haja uma avaliação efetiva, é necessário dispor de instrumentos que decodifiquem sua linguagem de maneira a auxiliar na compreensão de suas manifestações. Para avaliar a dor no neonato são utilizadas escalas que consideram alterações comportamentais e fisiológicas, onde as mais empregadas são: Escala de Codificação da Atividade Facial Neonatal (Neonatal Facial Action Coding System - NFCS), Escala CRIES de dor para recém-nascidos operados, Escala comportamental de dor para recém-nascidos (Neonatal Infant Pain Scale - NIPS) e Escala objetiva de Dor de HANALLAH

Uma avaliação detalhada da dor foi experimentada com o Questionário de Dr. McGill, organizado em quatro categorias: sensorial, afetiva, avaliativa e mista. O questionário foi adaptado e validado por Pimenta (1996 *apud* VIANA, 2006), porém

os vários termos utilizados para caracterização da dor implicam em dificuldade adicional para qualificar a dor, e por isso não é habitual a utilização em pediatria. A avaliação da dor através das escalas de expressão corporal da criança como um todo (*Tabelas 1 a 4*) ou somente pela expressão facial (*Figura 3 e 4*), é geralmente considerada objetiva, sensível e específica.

Tabela 1 – Escala de Codificação da Atividade Facial Neonatal (NFCS)

Movimento Facial	0 ponto	1 ponto
Fronte saliente	ausente	presente
Fenda palpebral estreitada	ausente	presente
Sulco nasolabial aprofundado	ausente	presente
Boca aberta	ausente	presente
Língua tensa	ausente	presente
Profusão de língua	ausente	presente
Tremor de queixo	ausente	presente

O NFCS (Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal), que avalia a dor por observação da expressão facial com oito parâmetros quantificados como zero ou um, e o escore máximo de oito pontos; considera a presença de dor quando três ou mais movimentos faciais aparecem de maneira consistente durante a avaliação (VIANA, 2006).

O Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal tem como indicadores diversas ações faciais resultantes da dor em procedimentos, avalia oito parâmetros de mímica facial: frente, olhos, sulco naso-labial, movimentos da boca e lábios (três parâmetros) e tremor de queixo (BUENO, 2007). Gunau e Craig (GUINSBURG; BALDA, 2003) desenvolveram um sistema de codificação facial que preconiza várias definições operacionais para sua aplicação, tais como:

- Frente saliente; abaulamento e sulcos acima e entre as sobrancelhas;
- Olhos espremidos; compreensão total ou parcial da fenda palpebral;
- Sulco nasolabial aprofundado: aprofundamento do sulco que se começa por volta das narinas e dirige-se à boca;
- Lábios entreabertos: qualquer abertura dos lábios.

Tabela 2 – Escala CRIES de dor para recém-nascidos operados

Parâmetro	0	1	2
Choro	Ausente	Alta tonalidade	Inconsolável
Fi O ₂ p/ Sat O ₂ 90%	21%	21% a 30%	>30%
FC pré e pós-operatório	Mantida	Até 20%	Superior a 20%
Expressão facial	Relaxada	Careta esporádica	Contraída
Sono	normal	Intervalos curtos	ausente

Fi O₂ – fração de oxigênio inspirado; Sat – saturar o sangue arterial; FC – frequência cardíaca.

Em 1995, Krekhel e Bildner propõem para avaliação de dor pós-operatória, o Escore para a avaliação da Dor Pós-Operatória do Recém-Nascido – CRIES, que leva em conta os seguintes parâmetros: choro, ausência de oxigênio, aumento de frequência cardíaca e da pressão arterial, expressão facial e sono na última hora (BUENO, 2007).

Tabela 3 – Escala comportamental de dor para recém-nascidos Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)

Parâmetro	0	1	2
Expressão facial	Relaxada	Contraída	-
Choro	Ausente	Resmungos	Vigoroso
Respiração	Relaxada	Alterada	-
Braços	Relaxados	Fletidos/estendidos	-
Pernas	Relaxadas	Fletidas/estendidas	-
Estado de consciência	Dormindo/calmo	desconfortável	-

Significado da pontuação: 0 sem dor; 1-2 dor fraca; 3-5 moderada; 6-7 forte

Bueno (2007) cita que Lawrence et al. Em 1993 desenvolveram a Escala de Avaliação de Dor (NIPS) que visa indicar a presença de dor em recém-nascido a termos e prematuros, através da avaliação de cinco indicadores de dor comportamentais e um fisiológico: expressão facial, choro, movimentação corporal, estado de alerta e respiração, respectivamente. Trata-se de uma escala válida, por se basear nas alterações comportamentais frente à dor descritas na literatura.

A NIPS tem se mostrado necessária para a avaliação de dor em neonatos a termos e prematuros, onde a avaliação pode ser simultânea à monitorização dos sinais vitais, ou seja, a cada uma a três horas, de acordo com a gravidade do caso (GUINSBURG; BALDA, 2003).

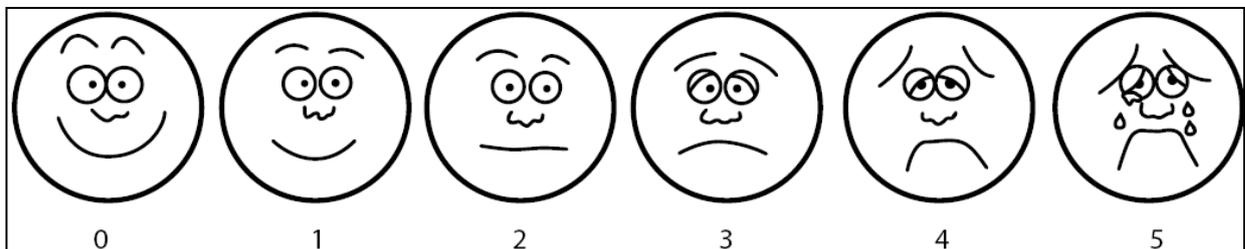
Tabela 4 – Escala objetiva de Dor de HANALLAH

Parâmetro	0	1	2
Pressão arterial sistólica	Aumento até 10% da basal	Aumento de 11 a 20% da basal	Aumento > 21% da basal
Movimentação	Quieto	Sem repouso	Esperneado
Verbalização (postura para as crianças menores)	Sem relatar dor, adormecido ou semi	Dor leve, sem flexão das extremidades	Dor moderado e localizada
Choro	Ausente	Presente e consolável	Presente e inconsolável
Agitação	Calmo	Leve	Histérico

6 pontos-dor significativa

A escala objetiva de dor Hannallah é prática e possibilita avaliação fidedigna, usando cinco indicadores de dor, quatro comportamentais e um fisiológico, incluindo movimentação, verbalização (postura para as crianças menores), choro, agitação e pressão arterial sistólica. Uma pontuação maior ou igual a seis significa dor importante. É indicada para avaliar a dor aguda em crianças com intubação e sedação, principalmente em unidade de terapia intensiva (VIANA; DUPAS; PEDREIRA, 2006).

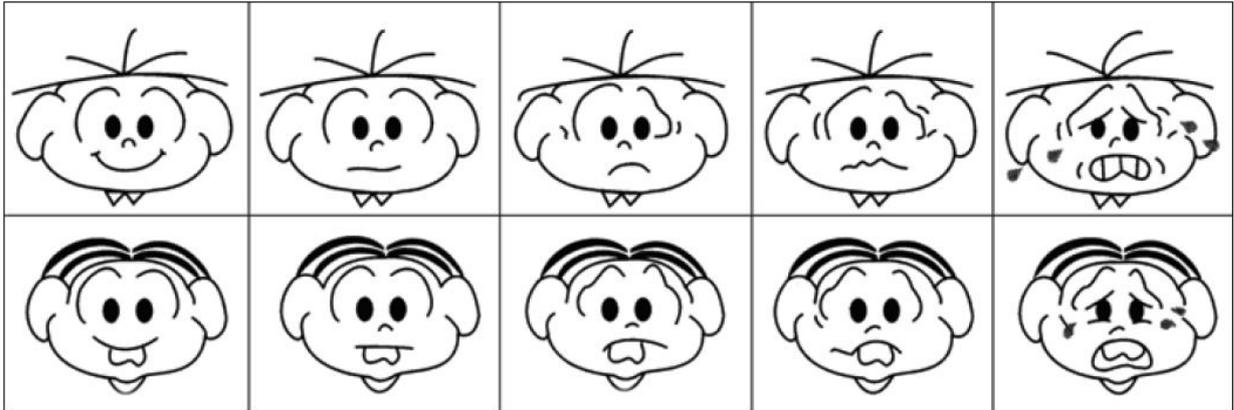
Figura 3 - Escala de Faces Wong-Baker: Classificação da dor: 0 – sem dor; 1 a 2 – dor leve; 3 – dor moderada; 4 – dor forte; 5 – dor insuportável



A escala de faces foi desenvolvida através de um trabalho realizado por Wong e Baker onde foi solicitado a 50 crianças que desenhassem em seis círculos brancos expressões faciais que variando de ausência de dor e pior dor possível após um desenhista profissional realizou o acabamento final, esta pode ser usado em idosos, crianças, e pessoas que apresenta um déficit cognitivo (FREITAS et al 2009).

Para manter o controle da dor é necessário uma avaliação apurada, e o enfermeiro pode desempenhar muito bem esse papel. Para o enfermeiro, aliviar a dor, o estresse e o desconforto do paciente deve ser uma constante (ROCHA; MORAES 2010).

Figura 4 – Escala de Faces por Maurício de Souza



As escalas de faces para avaliação da queixa álgica tendem a ser as preferidas por pacientes pediátricos, cuidadores e enfermeiros, quando comparadas com outros instrumentos de medida como, por exemplo, escalas analógicas visuais. A Escala de Faces consiste, originalmente, de sete faces, apresentadas em escala crescente de intensidade da dor, havendo dificuldade na analogia com a relação métrica (0 a 5 ou 0 a 10), uma vez que ela é uma escala de sete pontos. Essa escala é de fácil administração e não requer equipamento excepcional, exceto as "faces" fotocopiadas. Hicks *et al.* (2001) idealizaram uma escala que consiste de seis faces, sem expressões de choros ou sorrisos, fazendo a correlação métrica de 0-10, em escala crescente de dor, sendo chamada de Escala de Faces Revisada (FPS-R).

Convém mencionar, que para o tratamento farmacológico da dor, deve-se considerar que a idade na farmacocinética das medicações. A eliminação de analgésicos acontece de maneira mais lenta nos neonatos quando comparados com crianças mais velhas e adultos, por esta razão, os recém-nascidos podem se tornar mais susceptíveis aos efeitos adversos dos agentes analgésicos, sendo necessária adequada dosagem e observação para o uso seguro de analgesia nesta faixa etária (GASPARDO, 2006).

O principal objetivo no manuseio da dor no paciente neonatal é a utilização de intervenções que venham minimizar a intensidade e a duração da dor. Podem ser utilizadas intervenções não-farmacológicas ou farmacológicas de acordo com a circunstância. Uma vez administrada a intervenção indicada, deve ser feita uma avaliação novamente da dor, 15 a 30 minutos após a intervenção, certificando-se da efetividade do tratamento administrado (TAMEZ; SILVA, 2006).

Na amamentação tem evidências recentes que demonstram, de fato, um robusto efeito analgésico da amamentação antes, durante e logo após a punção capilar em neonatos a termo. A extensão desse achado para recém-nascidos prematuros e/ou doentes vem sendo estudada (KOPELMAN et al., 2004).

4.6 Atuação do enfermeiro em unidades de Terapia Intensiva Neonatal

A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade. O profissional de enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais. Participa como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde (COFEN, 2007)

O enfermeiro precisa estar capacitado a exercer atividades de maior complexidade, para as quais é necessária a autoconfiança respaldada no conhecimento científico para que este possa conduzir o atendimento do paciente com segurança. Para tal, o treinamento deste profissional é imprescindível para o alcance do resultado esperado. Desta forma o preparo adequado do profissional constitui um importante instrumento para o sucesso e a qualidade do cuidado prestado na UTI (GUIMARÃES, 2010).

Segundo Kanai e Fidelis (2010) a maioria dos enfermeiros e técnicos de enfermagem desconhece alguns instrumentos disponíveis para avaliar a dor em crianças internadas e entre os sentimentos ao avaliar esses pacientes, a humanização, as possibilidades terapêuticas e a necessidade de desenvolver a percepção, torna o profissional impotente a racionalização do uso da medicação analgésica e a importância da comunicação com os familiares e com a criança.

Entretanto, os enfermeiros estão sensibilizados quanto à importância da aplicação da escala para a avaliação da intensidade da dor, o que possibilita um atendimento integral e individualizado para o paciente com dor. Embora seja considerada por alguns profissionais como uma experiência subjetiva, o que dificulta

a sua aferição, é necessário avaliar a dor regularmente e o uso das escalas é uma forma eficaz, na concepção dos enfermeiros (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Segundo Guimarães (2010) um ambiente de cuidado é aquele em que as pessoas envolvidas mantêm uma atitude ética no desenvolvimento de suas ações. Isso porque o cuidado é uma forma de viver na qual os seres humanos tentam "harmonizar seus desejos de bem-estar próprio em relação a seus próprios atos em função do bem-estar dos outros". Isso implica que o cuidado precisa ser vivenciado. Para vivenciá-lo, os profissionais precisam tomar consciência dos sentimentos que envolvem as suas ações e agir com consciência e responsabilidade pelo próprio crescimento pessoal e profissional.

De forma simplificada, cuidado (na visão da primeira autora deste estudo) é compreensão, amor, entrega; é o sorriso; é o toque com carinho; é o abraço na hora certa; a palavra dita no momento mais necessário; é despir-se de preconceitos; é ter paciência e respeito pelo outro. Um ambiente de cuidado é aquele espaço profissional onde se estabelecem relações profundas e significativas de um ser com o outro; ambiente este onde existe uma atmosfera rica em segurança, respeito, zelo, conhecimento, carinho, afeição, compreensão, tolerância e amor pelas pessoas e pela profissão (GUIMARÃES, 2004).

O Acolhimento é uma estratégia fundamental na organização do processo de trabalho. Pretende uma mudança no fluxo de entrada dos usuários, através de escuta qualificada da demanda espontânea efetuada por profissionais da equipe de saúde. Seu objetivo é identificar risco/vulnerabilidade que considere as dimensões subjetivas, biológicas e sociais do adoecer e, desta forma, orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para a resolução do problema do usuário (BRASIL, 2006).

A dor pode ser tratada de forma farmacológica ou não farmacológica. No tratamento farmacológico deve-se considerar a farmacocinética da droga em relação à idade do recém-nascido para se evitar efeitos adversos. No tratamento não farmacológico está incluído a prevenção da dor durante a permanência deste na unidade de terapia intensiva neonatal, sendo que cuidados simples como por exemplo, a redução de ruídos, racionalização das manipulações e a estimulação do contato pele a pele podem preservar o bem estar do recém-nascido prematuro. Pode-se ainda acrescentar o tratamento farmacológico durante o tratamento não

farmacológico, principalmente nos casos de dor moderada ou de grande intensidade (BALDA; GUINSBURG, 2004).

A introdução de instrumento para avaliação de dor neonatal demonstra claramente a preocupação em se estabelecer controle sistematizado e efetivo deste fenômeno. Contudo, cabe ressaltar a importância da avaliação contínua do processo, bem como avaliação da adequação e da utilidade da escala e a importância de treinamento e atualização da equipe, o que possibilita a aplicação apropriada e uniforme da escala, como ferramenta para avaliação da dor neonatal (BUENO; KIMURA; PIMENTA, 2007).

A necessidade de que os profissionais sejam capacitados adequadamente com relação a avaliação e manejo da dor, tornando-se multiplicadores de conhecimento para assim, poder desenvolver uma assistência integral, com qualidade e que reforce a intenção da promoção de um cuidado desenvolvimental ao recém-nascido em UTIN (SCOCHI et al., 2006)

Para que o enfermeiro conheça as necessidades de um RN, é preciso que esteja capacitado, para compreender a diferença entre a dor e o desconforto. As faltas de treinamento desses profissionais podem complicar ainda mais a ansiedade que o RN passa quando internado. Em relação à utilização de protocolo para avaliar a dor dos RN's, 100% dos profissionais entrevistados descreveram que adotam protocolo.

Reflete-se sobre a atuação de enfermagem face ao fenômeno doloroso, em Neonatologia, como favorecedora de uma assistência mais humanizada e, conseqüentemente, contribuir para o exercício de uma prática de excelência valorizando e avaliando da dor durante o período neonatal em nível das instituições de saúde, nomeadamente, através da criação e implementação de protocolos de atuação estandardizados (LAMEGO; DESLANDES; MOREIRA, 2005).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para avaliação da dor faz-se necessário à utilização de escalas, principalmente quando se trata do recém-nascido, uma vez que estes não podem se manifestar.

É de suma importância a avaliação criteriosa da dor no neonato, mediante a utilização dos instrumentos mais adequados, possibilitando assim a escolha da conduta terapêutica mais eficaz para cada caso.

O estudo comprova que o choro é um alerta de que algo está errado, podendo, ou não, estar associado à dor. Durante a dor, o choro possui uma fase expiratória mais prolongada e tem sua durabilidade aumentada. Contudo, dificultam a avaliação do choro: a falta de habilidade em distinguir o tipo de choro, o tubo oro-traqueal, a fome e o desconforto.

A escala NIPS é descrita como o principal instrumento de avaliação da dor utilizada pela equipe hospitalar. Existe, no entanto, a necessidade de utilização e adaptação de outras escalas, devido ao caráter subjetivo que engloba o contexto do fenômeno da dor, a fim de favorecer uma assistência individualizada. Desta forma, o cuidado não fica restrito a somente um instrumento. Faz-se necessário pesquisar a real adequação da escala NIPS na prática assistencial cotidiana, a fim de assegurar um diagnóstico algico eficaz frente ao RN. Tal conduta favorecerá a excelência do cuidado destinado a esta população e contribuirá para prevenção, diminuição e eliminação da dor, promovendo o desenvolvimento fisiológico e neurológico normal do RN.

A razão de avaliação da dor neonatal é de grande importância no estudo sobre esse indício, pois se faz necessário um diagnóstico precoce, uma busca precisa, para que haja ações eficientes e rápidas, diminuindo a ocorrência de morte do neonato durante ou após nascimento.

REFERÊNCIAS

AZANOWSKI MK, LACETTI MS. **Dor**: fundamentos, abordagem clínica, tratamento. Rio de Janeiro: Ed.LAB/Guanabara Koogan; 2005.

BALDA RCX, GUINSBURG R. **Avaliação da dor no período neonatal**. In: Kopelman BI, Santos AMN, Goulart AL, Almeida MFB, Miyoshi MA, Guinsburg R, editores. Diagnóstico e tratamento em neonatologia. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 577-85.

BARREIRA A, GOMES O. **Avaliação e registro da dor**: Um imperativo em Enfermagem. 2007. Disponível em: http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Avaliacao_da_dor-O_Gomes-mars2010.pdf, Acessado em 15 março 2015.

BASTOS, Daniela Freitas et al. Dor. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.10, .1,jun.2007.

BOTTEGA, F. H; FONTANA, R. T. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2010 Abr-Jun; 19(2): 283-90.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BUENO M, KIMURA AF, PIMENTA CAM. *Avaliação da dor em recém-nascidos submetidos à cirurgia cardíaca*. **Acta Paul Enferm** 2007;20(4):428-33.

BUENO, M. Dor no período neonatal. In: Chaves. LD, Leão; ER (col) **Dor 5° sinal vital**: reflexões e intervenções de enfermagem. 2 ed. São Paulo: Livraria Martini, 2007.

CAETANO JA, SOARES E, ANDRADE LM, PONTE RM. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. 2007; 11(2): 325-30.

CRESCÊNCIO EP, ZANELATO S, LEVENTHAL LC. Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. **Rev Eletr Enf**. 2009; 11(1):64-9.

FONTES KB, JAQUES A. O papel de enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5 sinal vital. **Ciência, Cuidado e Saúde**. 2007.

FREITAS, Z. M. P; PEREIRA, C. U; OLIVEIRA, D. M. P. **Escalas para avaliação de dor em neonatologia e sua relevância para a prática de enfermagem.** Jan.12 v.68 n.1. Disponível em: <indexado LILACS LLXP: soo31-39202012004700004>. Acesso em: 15 março 2015.

GASPARDO, C.M.; LINHARES, M.B.M.; MARTINEZ, F.R. A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, nº. 6, p. 435-442, 2006.

GOMES RT, SILVA JF; PEDRAS, R. B. N; *et al.* **Dor: O quinto sinal vital.** Prática hospitalar. mai-abr 2006, 8(44).

GUIMARAES, Marêssa Ribeiro. **O papel do enfermeiro na UTI.** Disponível em: <http://www.acessemed.com.br/v1/2010/04/04/o-papel-do-enfermeiro-na-uti/>

GUINSBURG, R. Conforto e Analgesia no período neonatal. *In:* COSTA, H. P. F; MARBAS, S. T (Org). **O recém-nascido de muito baixo peso.** São Paulo: Atheneu, 2008, 497p.: 103-117.

GUINSBURG, R; BALDA, R. C. X. Dor em neonatologia. *In:* TEIXEIRA, N. J. et al. **Dor: contexto interdisciplinar.** 1ª ed. Curitiba: Maio, 2003. 834 p: 547-554.

GUINSBURG, R; CUENCA, M. C. A linguagem da dor no recém-nascido. **J. Pediatria. (Rio J).** 2010.

INTERNACIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. **IASP** painterminology. 2007 Disponível em: <[http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=painDefinitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm"&ContentID=1728](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=painDefinitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm). Acesso em: 20 março 2015

IRION G. Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. Coleção **Práxis Enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

KANAI, K. Y; FIDELIS, W. M. Z. Conhecimento e percepção da equipe de enfermagem em relação à dor na criança internada. **Rev Dor** 2010;11(1):20-27.

KOPELMAN, B. I.; SANTOS, A. M. N. dos. et al. **Diagnóstico e tratamento neonatologia.** São Paulo: Atheneu, 2004.

LAMEGO D, DESLANDES S, MOREIRA, ME. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade intensiva neonatal cirúrgica. *Ciência & Saúde Colectiva.* 2005; 10 (3): 669-675.

MAGALHÃES FJ. et al. Resposta fisiológicas e comportamentais de recém nascido durante o manuseio em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Rene.** Fortaleza, 2011 jan/mar; 12(1):136-43.

PAIVA SE, COGINOTTI V, MULLER SC; et al. Manejo da dor. **Revista Brasileira Reumatologia**, v46, n4, p292-296, jul/ago2006.

ROCHA, Luana de Souza; MOARES, Márcia Wanderley. Assistência de enfermagem no controle da dor na sala de recuperação pós-anestésica. **Revista da sociedade Brasileira para estudo da dor**. São Paulo, setembro de 2010, v.11, nº3.

SANTOS AP, ALVES LC, SALGE AKM. **Avaliação da dor neonatal através de escalas**: uma revisão de literatura. 2012.

SANTOS, L. M; RIBEIRO, I. S; SANTANA, R. C. B. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, Apr.2012, 65(2).

SCOCHI CGS, CARLETTI M, NUNES R, FURTADO MCC, LEITE AM. A dor na Unidade Neonatal sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem de um hospital de Ribeirão Preto-SP. **Rev Bras Enferm** 2006 mar-abr; 59(2): 188-94.

SILVA EL, MENEZES EM. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Rev. Atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC 2001, 121p.

SOUZA FF, PEREIRA LV, CARDOSO R, HORTENSE P. Escala multidimensional de avaliação de dor (EMADOR). **Revista Latino Americana de Enfermagem**. 2010.

TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI Neonatal** - Assistência ao recém-nascido de alto risco. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

TIMBY BK. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

VIANA DL, DUPAS G, PEDREIRA MLG. A avaliação da dor na criança pelas enfermeiras na unidade de terapia intensiva. **Pediatria (São Paulo)**. 2006;28:251-261.

VIANA, DC et al. Avaliação da dor da criança. **Pediatria (São Paulo)** 2006;28(4):251-61.