



PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO À UTILIZAÇÃO DE ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR EM RECÉM-NASCIDOS

Adriana Adriana Moro Wieczorkiewicz¹

Erick Douglas Weber da Maia²

Suzieli Lamin³

Sarah Bernadette de Carvalho Alcantara⁴

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, que visa identificar a percepção do enfermeiro em relação a escalas de avaliação de dor em recém-nascidos. O estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal localizada no norte de Santa Catarina, referencia na região no atendimento a prematuros, pós maturos, bebês com baixo peso, infecções neonatais, problemas respiratórios, entre outros. A amostra foi composta por enfermeiros que atuam na instituição e os quais executavam suas atividades no setor de UTI neonatal, prestando assistência direta ao paciente e que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a população final foi de quatro indivíduos. Os resultados demonstraram que: Às dificuldades encontradas pelo enfermeiro na aplicação das escalas foram descritos por motivos citados aspectos como lembrança de aplicar as escalas e o tempo disponível; interferência da interpretação e percepção do enfermeiro quanto às escalas de avaliação de dor; As escalas foram entendidas como um mecanismo de avaliação rápida que permite a percepção da dor e que o diagnóstico realizado com a utilização da escalada é confiável e viável para o serviço, a escala que melhor se adéqua ao perfil do serviço onde os sujeitos atuam é a NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*).

Palavras Chaves: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Dor; Enfermagem.

NURSE'S PERCEPTION ABOUT THE ASSESSMENT OF NEONATAL PAIN SCALES

ABSTRACT: This is a qualitative research, which aims to identify the perceptions of nurses relative to rating scales of pain in newborns. The study was developed in a Neonatal Intensive Care Unit located in northern Santa Catarina, in the reference region in serving premature, post-mature, low birth weight babies, neonatal infections, respiratory problems, among others. The sample consisted of nurses working in the institution, which they performed their activities in the sector neonatal

¹Mestre em Desenvolvimento Regional e Políticas Públicas pela Universidade do Contestado, Brasil (2012) Docente da Universidade do Contestado Campus Mafra. E-mail: adri.moro@gmail.com

²Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade do Contestado, Campus Mafra. E-mail: Erick_DWM@hotmail.com

³Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Contestado, Campus Mafra. E-mail: suzi.10@hotmail.com

⁴Docente da Universidade do Contestado Campus Mafra. E-mail: sarahb.alcantara@hotmail.com

ICU, providing direct patient care and who agreed to sign the Instrument of Consent, the final population of four individuals. The results showed that: At the difficulties encountered by nurses in different scales have been described for reasons mentioned aspects as a reminder to apply the scales and the time available; interference of interpretation and perception of nurses regarding pain assessment scales, scales were understood as an evaluation mechanism that allows rapid perception of pain and the diagnosis made using the climbing is reliable and feasible for the service, the scale that best fits the profile of the service where the act is subject to NIPS (Neonatal Infant Pain Scale).

Keywords: Neonatal Intensive Care Unit; Pain; Nursing.

INTRODUÇÃO

Segundo Tamez (2006), a palavra “neonatologia” que vem do latim: *ne* - novo; *nat* - nascimento; e *logia* - estudo, é o ramo da Pediatria que ocupa-se das crianças desde o nascimento até 28 dias de vida.

A dor é uma experiência subjetiva, não existe um instrumento padrão que permita ao enfermeiro mensurar a dor, uma experiência tão complexa e pessoal, entretanto estão disponíveis algumas escalas que permitem avaliá-la (BOTTEGA, 2010).

Durante muitos anos a dor na criança foi desconsiderada, acreditava-se que a imaturidade do SNC, a deficiência de mielina nas fibras nervosas, determinando diminuição na velocidade de condução de impulsos, a ausência de aprendizado e memória para dor funcionasse como um mecanismo de defesa, em especial em recém-nascidos, também o uso de medicações não era considerada devido ao medo da ocorrência de depressão respiratória na utilização de opiáceos (VIANA; DUPAS; PEDREIRA 2006).

A discussão a respeito da possibilidade do recém-nascido sentir dor começou na década de 1960, quando se observou que a mielinização não era imprescindível para a transmissão dos impulsos nociceptivos pelo trato sensorial. Hoje, sabe-se que os elementos do sistema nervoso central, necessários para a transmissão do estímulo doloroso ao córtex cerebral, estão presentes em recém-nascidos a termo e em prematuros com idades gestacionais tão baixa quanto 24 semanas, embora a maturação e a organização desse sistema neurosensorial continue durante a vida pós-natal (KOPELMAN, 2004).

Nicolau *et al* (2008) descreve que os receptores sensitivos cutâneos estão presentes na região peri oral do feto por volta da 7^a semana gestacional e espalham-se pela face, palmas das mãos e plantas dos pés na 11^a semana de gestação. Ao final da 30^a semana, as células responsáveis pela percepção dolorosa inicial estão completamente desenvolvidas. Embora os mecanismos de controle e modulação dos estímulos dolorosos sejam imaturos ao nascimento, pode-se afirmar que o feto e

o recém-nascido possuem, quase que integralmente, os componentes anatômicos necessários à percepção do estímulo doloroso. Posteriormente, durante a infância, observa-se desenvolvimento das vias inibitórias descendentes e maior controle interno sobre a percepção dolorosa.

Os recém-nascidos tem a mesma quantidade de dor por milímetro quadrado de pele que os adultos. As sinapses entre os neurônios sensoriais e as interconexões espinhais começam a se desenvolver até o fim dos primeiros três meses de vida intra-uterina. Estão complexos no começo do último trimestre. Na melhor das hipóteses, as fibras de dor periféricas maduras estão escassamente mielinizadas, a maioria não está mielinizada. A falta de mielinização não é um argumento válido contra a avaliação da dor neonatal. As vias do SNC que auxiliam os caminhos da dor estão completamente mielinizadas até a 30ª semana de vida intra-uterina. As interconexões corticotalâmicas, críticas para a percepção de dor mais elevada, estão completas antes de 24 semanas de gestação (AVERY, 1999).

O recém-nascido internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal sofre múltiplas as causas de estresse, destaca-se: a ventilação mecânica prolongada, nutrição inadequada, iluminação intensa, ruídos constantes, múltiplos procedimentos, entre outros (AYMAR; COUTINHO, 2008). Batalha (2007) argumenta que estes pacientes são expostos a diversos procedimentos médicos e de enfermagem, os quais são dolorosos ou possivelmente dolorosos, o mesmo autor estima que cada recém nascido sofra, em média, cerca de oito a dez eventos dolorosos diariamente.

Para crianças com idade reduzida algumas escalas foram testadas e podem ser aplicadas, dentre as escalas mais conhecidas estão Sistema de Codificação Facial Neonatal (*Neonatal Facial Coding System- NFCS*), Escala de Avaliação da Dor Neonatal (*Neonatal Infant Pain Scale- NIPS*), o escore para avaliação da dor pós-operatória do recém-nascido (*Crying Requires O₂ for saturation above 90% Increased vital Signs, Expression and Sleeplessness- CRIES*), o Perfil de dor do pré-termo (*Premature Infant Pain Profile- PIPP*) e a Escala Objetiva de Dor HANNALLAH (VIANA; DUPAS; PEDREIRA, 2006).

O desenvolvimento das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais tem proporcionado uma diminuição acentuada na mortalidade de recém-nascidos pré-termo ou a termo que apresentam complicações. Paralelamente à sofisticação dos recursos terapêuticos, um maior número de procedimentos invasivos se faz necessário para garantir a sobrevivência dessas crianças. Essa sobrevivência tem um custo muito alto para o paciente, incluindo uma maior exposição a procedimentos dolorosos. Para que os profissionais de saúde de neonatologia possam atuar terapêuticamente diante de situações possivelmente dolorosas torna-se necessário o conhecimento e a aplicação no dia-a-dia das escalas de dor. Com isso objetivamos pesquisar qual a percepção do enfermeiro em relação à escalas de dor em pacientes internados em UTI neonatal.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo que visou identificar a percepção do enfermeiro em relação a escalas de avaliação de dor em recém-nascidos. O período no qual foram coletados os dados foi compreendido nos meses de setembro e outubro de 2011.

Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros que atuam em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do norte de Santa Catarina. Inicialmente a população foi prevista em 6 enfermeiros, referente ao número de profissionais que atuam na UTI - neonatal, de acordo com a escala de trabalho, em período diurno e noturno. A amostra foi finalizada em 4 enfermeiros visto que 1 estava em férias e 1 em afastamento por tratamento de saúde no período em que ocorreu o estudo. Esta unidade é referencia na região no atendimento a prematuros, pós maturos, bebês com baixo peso, infecções neonatais, problemas respiratórios, entre outros. Inaugurada em 29 de março de 2008 possui um histórico de mais de 600 internamentos. A unidade conta com 5 leitos de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e 4 leitos de médio risco. Destina-se ao atendimento integral à pacientes de 0 à 28 dias de vida. Os sujeitos da pesquisa concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisa passou por três etapas com roteiro semi-estruturado. A primeira etapa tratou de elucidar à amostra através de abordagem verbal sobre a intenção e como ocorreria o estudo com exposição do título, objetivos e procedimento para coleta de dados .

A segunda etapa consistiu em oferecer aos sujeitos da pesquisa três escalas de dor pré definidas a serem aplicadas durante a assistência. Foi proposto inicialmente um período de 7 (sete) dias para aplicação de cada escala, esse critério sofreu alterações visto que nas datas previstas coincidiu com folga dos sujeito da pesquisa. Foi determinado que as escalas fossem aplicadas antes e após os seguintes procedimentos: coleta de sangue periférico, punção venosa, mudança de decúbito, troca de fralda e pesagem ou ainda quando o enfermeiro julgasse necessário, na intenção de abranger os momentos para aplicação das escalas.

As três escalas propostas para serem aplicadas foram, respectivamente: Sistema de Codificação Facial Neonatal (*Neonatal Facial Coding System- NFCS*), Escala de Avaliação da Dor Neonatal (*Neonatal Infant Pain Scale- NIPS*) e Escala de Avaliação de dor no Recém-nascido- EDRN. Os sujeitos foram apresentados a escala seguinte conforme concluíam a aplicação da anterior.

Como critério, a fim de não comprometer sua veracidade o recém-nascido não deveria estar sob efeito de métodos farmacológicos ou não farmacológicos para alívio da dor durante a aplicação das escalas.

Na terceira etapa, os sujeitos da pesquisa responderam a um questionário com questões abertas baseado na experiência com a aplicação das escalas. Então os dados foram submetidos a análise com objetivo de sintetizar e descrever os

resultados do estudo, captando idéias centrais a fim de corresponder a ideia global coerente com os objetivos da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sujeitos foram identificados a partir de codinomes (“A”, “B”, “C” e “D”). Os mesmos foram questionados sobre idade, tempo de formação, tempo de atuação no setor UTI Neonatal. Os dados obtidos foram compilados por meio do quadro 1.

Quadro 1 – Perfil da amostra

Codiname	Idade	Tempo de Formação	Tempo que trabalha nesta instituição/setor UTI Neonatal	Especializações
A	26a	6a	3a6m	Cursando “Enfermagem em Pediatria e Cuidados Intensivos Neonatais”
B	32a	6a	8m	Enfermagem em Nefrologia; Urgência e Emergência
C	31a	8a7m	3a	Educação em Saúde; UTI Neonatal e Pediátrica; Saúde Pública; cursando Estratégia Saúde da Família
D	28a	3a9m	2a3m	Cursando “Enfermagem em Pediatria e Cuidados Intensivos Neonatais”

Analisando o quadro 1 observa-se que a faixa etária dos participantes da pesquisa está entre 26 e 32 anos. O tempo de formação varia entre 3 anos e 9 meses à 6 anos.

Dos 4 participantes, 3 trabalham em UTI neonatal a mais de três anos e estão cursando ou possuem especialização em neonatologia. Barbosa (1996) acredita que o enfermeiro neonatologista deve ter competência técnica, científica para prestar assistência ao recém-nascido nos diferentes níveis de atenção. Competência para a administração das unidades neonatais, capacidade para desenvolver programas de educação e treinamento da equipe de enfermagem e educação em saúde da população, capacidade para realizar pesquisas, bem como, utilizar pesquisas realizadas visando a melhoria da assistência ao recém-nascido. Capacidade crítica, a fim de analisar o contexto sócio-econômico do país, a influencia destes fatores e o seu papel como profissional de saúde.

Outro questionamento realizado buscou verificar a experiência do profissional com Escalas de Avaliação de Dor Neonatal, gerando informações que compõe o quadro 2.

Quadro 2 – Experiência anterior com Escalas de Avaliação de Dor Neonatal

Codínome	Relato
A	Fez uso da NIPS no trabalho, porém sua aplicação não foi continuada
B	Não teve experiência anterior
C	Cursou aulas sobre o tema na pós-graduação
D	Não teve experiência anterior

Quanto à experiência anterior com escalas de avaliação de dor em recém-nascidos percebe-se que os respondentes não tiveram contato mínimo com as escalas, nunca implementando na prática profissional. Crescêncio (2009) diz que os profissionais de saúde reconhecem que os recém-nascidos, em especial os prematuros, estão expostos a múltiplos eventos dolorosos, incluindo excesso de luz e ruídos fortes. Entretanto, condutas que resultam no alívio da dor não são frequentemente empregadas.

Após serem oferecidas as três escalas de dor pré-definidas, as quais foram: Sistema de Codificação Facial Neonatal (*Neonatal Facial Coding System- NFCS*), Escala de Avaliação da Dor Neonatal (*Neonatal Infant Pain Scale- NIPS*) e Escala de Avaliação de dor no Recém-nascido- EDRN. Os sujeitos eram apresentados às escalas de forma gradativa, após o término da primeira era lhe apresentado à próxima, e assim por sequencia. Com o término da utilização das escalas, foram verificadas as dificuldades e facilidades que cada profissional encontrou durante a aplicação das escalas, esses dados compõem os quadros três e quatro respectivamente.

Quadro 3 – Dificuldades na aplicação das Escalas.

Codínome	Relato
A	Dificuldade no entendimento de alguns aspectos avaliados
B	Não encontrou dificuldades
C	Lembrança em aplicar as escalas, sensibilizar o médico a intervir no controle da dor
D	Tempo disponível. Interpretação de alguns aspectos

Ao analisar o quadro 3 nota-se que apenas um dos quatro respondentes não encontrou dificuldades na aplicação das escalas. Percebe-se que as dificuldades estão na interpretação de alguns aspectos avaliados, tempo disponível e na sensibilização dos médicos na intervenção para o controle da dor. Segundo Crescêncio (2009), de maneira geral, os profissionais de saúde expressam dificuldade em diagnosticar e lidar com a dor no recém-nascido, isso se deve a falhas nos conhecimentos básicos sobre a experiência dolorosa nos recém-

nascidos. Apesar de todos os avanços acerca da dor e dos recursos terapêuticos disponíveis, observa-se um distanciamento entre o conhecimento teórico e a prática na avaliação da dor na maioria dos serviços neonatais. Os profissionais de saúde não são preparados para aliviar a dor e o sofrimento do cliente e, sim para curar.

Para Viana, Dupas e Pedreira (2006) todas as escalas de dor são de difícil utilização em algumas situações clínicas, como nas crianças sedadas, com restrição de movimentos, ou submetidos e intubação traqueal.

Quadro 4 – Facilidades na aplicação das Escalas

Codínome	Relato
A	Avaliação rápida. Capacidade de aplicar a escala sem tê-la em mãos
B	Proporcionaram percepção da dor
C	Não encontrou facilidades
D	As três escalas são de fácil aplicação

Quanto às facilidades na aplicação das escalas nota-se que apenas um sujeito não encontrou facilidades, em contrário, outro foi capaz de aplicar a escala sem tê-la em mãos e outro admite que as escalas lhe proporcionaram percepção da dor. A sensibilidade em relação à percepção de dor é de certa forma ligada a subjetividade do sujeito.

Após a aplicação das três escalas pelos sujeitos que compõe a amostra, lhes foi questionado sobre a confiabilidade em que as escalas diagnosticavam a dor, após a resposta objetiva de sim ou não eles se justificaram, estes dados compões o quadro cinco.

Quadro 5 – É confiável para o diagnóstico de dor (sim X não). Justificativa

Codínome	Relato
A	Sim, desde que a equipe esteja sensibilizada
B	Sim, facilita a percepção da dor pelo profissional
C	Sim, os parâmetros avaliados são alterados na presença de estímulo doloroso
D	Sim, possibilita graduar a intensidade da dor

Nota-se que é unânime a percepção dos enfermeiros deste estudo quanto à confiabilidade das escalas no diagnóstico de dor. Todos os sujeitos concordam que as escalas são um meio confiável, diferenciam-se nas justificativas. O sujeito A acredita que as escalas são confiáveis no diagnóstico de dor desde que a equipe esteja sensibilizada. Sobre isso, Guinsburg e Cuenca (2010) acreditam que os profissionais envolvidos com o cuidado ao recém-nascido devem estar aptos a decodificar a linguagem de dor própria dessa faixa etária, a fim de que possam exercer a sua função máxima como profissionais da saúde: diminuir o sofrimento do cliente. O sujeito B coloca que as escalas possibilitam a percepção da dor pelo

profissional. Marins (2010) em um estudo de revisão afirma que o enfermeiro e a equipe de enfermagem destacam-se entre os profissionais de saúde encontrados nas publicações analisadas sobre avaliação da dor. O enfermeiro tem um papel especial e fundamental em inserir nos serviços de saúde uma abordagem sistematizada sobre o fenômeno nociceptivo nas UTIN. C percebeu que os parâmetros avaliados sofreram alteração na presença de estímulo doloroso e para D as escalas são confiáveis no diagnóstico de dor por possibilitar graduar a intensidade da dor.

Quanto à alteração nos parâmetros avaliados Silva *et al* (2007) coloca que a dor ativa mecanismos compensatórios do sistema nervoso autônomo produzindo respostas que incluem alteração na frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial, saturação de oxigênio, vasoconstrição periférica, sudorese e dilatação das pupilas, parâmetros comportamentais também são alterados, como a expressão facial, postura e vocalização.

Segundo Aymar e Coutinho (2008) ainda não se dispõem de um padrão –ouro para avaliação da dor no neonato, os instrumentos atualmente disponíveis não são capazes de medir objetivamente a intensidade da dor. Cada caso deve ser analisado individualmente e o instrumento mais adequado deve ser utilizado.

Após o questionamento de confiabilidade, os sujeitos foram questionados quanto a viabilidade para o serviço, e em seguida justificaram suas respostas, o que compôs o quadro seis.

Quadro 6 – Viabilidade para o serviço. Justificativa

Codinome	Relato
A	Sim, desde que toda equipe esteja envolvida
B	Sim, contribui para o controle da dor
C	Sim, desde que padronizada. Sugere deixar uma copia plastificada em cada leito
D	Sim, podendo ser implementada como 5º sinal vital

Quando questionados sobre a viabilidade para o serviço toda a amostra concorda em que as escalas de avaliação de dor são possíveis de serem implantadas no seu ambiente de trabalho, inclusive fazem sugestões de padronizar, deixar uma copia plastificada em cada leito e colocar a dor como 5º sinal vital. Para Marins (2010) o profissional deve estar preocupado em proporcionar uma avaliação da dor que abranja todo o contexto em que o RN esta inserido, interessado não apenas em constatar se determinado procedimento é doloroso e sim, avaliar a dor como quinto sinal vital, visando garantir conforto e tratamento adequado.

Em seguida foram questionados sobre qual escala de avaliação se adequava melhor ao serviço, seguindo de justificativa.

Quadro 7 – Escala que melhor se adéqua ao serviço. Justificativa

Codinome	Relato
A	NIPS e NFCS associadas
B	NIPS
C	NIPS ou EDRN
D	NIPS

De acordo com as escalas aplicadas no estudo, os sujeitos foram questionados quanto, qual escala melhor se adéqua ao perfil do seu ambiente de trabalho a partir da sua percepção, sendo unânime em considerar a NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale- NIPS*). Nicolau et al. (2008) descrevem que dentre as várias escalas de dor descritas e validadas a NIPS tem se mostrado útil para a avaliação da dor em recém-nascidos a termo e prematuros, conseguindo diferenciar os estímulos dolorosos dos não dolorosos. Nascimento (2010) acrescenta que a NIPS é fácil de aplicar e pode ser usada por qualquer profissional, porém, relata que a grande desvantagem desta escala é ter apenas uma variável fisiológica que é a frequência respiratória, um dado de interpretação duvidosa no contexto da dor do recém-nascido. O sujeito A sugere uma associação entre a NIPS e a NFCS. Quanto à associação de escalas de avaliação de dor em um mesmo serviço existe discordância na literatura. Guinsburg e Cuenca (2010) defendem o emprego de múltiplas escalas, mas recomendam que pelo menos um desses instrumentos seja uma escala unidimensional comportamental, ou seja, que leve em conta os diversos comportamentos de dor exibidos pelo recém-nascido. Porém, para Viana, Dupas e Pedreira (2006) uma única escala de avaliação de dor deve ser utilizada em cada serviço para garantir exatidão, porém, pode variar segundo a idade, capacidade ou ainda devido à preferência da criança, não se tratando nesta situação de recém-nascidos.

Nos quadros 8 e 9 pode-se observar as escalas que os profissionais tiveram menor e maior dificuldade respectivamente.

Quadro 8 – Escala em que teve menor dificuldade

Codinome	Relato
A	NFCS
B	NIPS
C	NIPS e EDRN
D	NIPS

Quadro 9 – Escala em que teve maior dificuldade

Codínome	Relato
A	EDRN
B	NFCS
C	NFCS
D	NFCS

Quando questionados sobre a escala em que tiveram menor dificuldade 3 dos 4 participantes responderam NIPS. Relacionando com o quadro 7, nota-se que a escala em que tiveram menor dificuldade é a mesma que optaram como a que melhor se adéqua ao serviço.

Quando questionados sobre qual escala tiveram maior dificuldade, 4 das 3 amostras apontou a NFCS. O Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal participantes referiram a NFCS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto às dificuldades encontradas pelo enfermeiro na aplicação das escalas foram citados aspectos como a interpretação de alguns itens avaliados, lembrança de aplicar as escalas e o tempo disponível. Os participantes apresentaram opiniões diferentes, o que traz a ideia de que as dificuldades são alteradas conforme a percepção do enfermeiro e a sua interpretação sobre os meios de avaliação da dor.

A interferência da interpretação e percepção do enfermeiro quanto às escalas de avaliação de dor também é percebida quando se analisa as facilidades encontradas. Há quem não encontrou facilidades e há quem considerou todas as escalas de fácil aplicação. Foi entendida também como um mecanismo de avaliação rápida que permite a percepção da dor. A literatura apresenta a dor como uma experiência subjetiva, mas cabe aqui dizer que a aplicação de mecanismos que avaliam a dor também podem ser entendidos como uma experiência com base subjetiva, visto que sofre interferência de seu avaliador.

Os participantes desta pesquisa entenderam as escalas como confiáveis no diagnóstico de dor e viáveis para o serviço, desde que haja padronização de escala para o serviço e que a equipe seja sensibilizada. Perceberam que os parâmetros avaliados sofreram alteração após um estímulo doloroso e acreditam que facilita a percepção da dor pelo profissional.

A NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*) é a escala que melhor se adéqua ao perfil do serviço, segundo os participantes desta pesquisa.

Analisando que a amostra teve experiência anterior mínima com escalas de dor acredita-se que os resultados não sofreram alteração por idéias pré-definidas sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- EVERY, Gordon B. *et al.* **Neonatologia**: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. 4.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
- AYMAR, Carmem Lúcia Guimarães; COUTINHO, Sônia Bechara. Fatores relacionados ao uso de analgesia sistêmica em neonatologia. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, 2008.
- BATALHA, Luís; SANTOS, Luís Almeida; GUIMARÃES, Hercília. Dor em cuidados intensivos neonatais. **Acta Pediátrica Portuguesa**. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Coimbra, 2007.
- BARBOSA, Vera Lúcia. Os paradigmas do curso de enfermagem em enfermagem neonatológica. **Acta Paul. Enf.** São Paulo, 1996.
- BOTTEGA, Fernanda H.; FONTANA, Rosane Teresinha. **A dor como quinto sinal vital**: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. Florianópolis, 2010.
- CRESCÊNCIO, Érica da Paixão et al. **Avaliação e alívio da dor no recém-nascido**. São Paulo, 2009.
- GUINSBURG, Ruth; CUENCA, Maria Carmenza. **A linguagem da dor no recém-nascido**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2010.
- KOPELMAN, Benjamin Israel et al. **Diagnóstico e tratamento em neonatologia**. São Paulo: Atheneu, 2004.
- MARINS, Graciella Lopes. **Escalas de avaliação de dor no recém-nascido hospitalizado utilizadas no Brasil**: revisão integrativa. Porto Alegre, 2010.
- NICOLAU, Carla Marques *et al.* Avaliação da dor no recém-nascido prematuro: parâmetros fisiológicos versus comportamentais. **Arquivo brasileiro de ciências da saúde**, São Paulo, v. 33, n. 3, 2008.
- OLIVEIRA, Silvio Luiz. **Tratado de metodologia científica**: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- PEDROSO, Rene Antonio; CELICH, Kátia Lilian Sedrez. **Dor**: quinto sinal vital, um desafio para cuidar em enfermagem. Florianópolis, 2006.

SILVA, Yerkes Pereira *et al.* Avaliação da dor em neonatologia. **Revista Brasileira Anestesiologia**, São Paulo, v. 57, n. 5, out. 2007.

TAMEZ, Raquel Nascimento; SILVA, Maria Jones Pantoja. **Enfermagem na UTI neonatal**: assistência ao recém-nascido de alto risco. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Googan, 2006.

TOMASI, Neusi Garcia Segura; YAMAMOTO, Rita Myako. **Metodologia da pesquisa em saúde**: fundamentos essenciais. Curitiba, 1999.

VIANA, Dirce Laplaca; DUPAS, Gisele; PEDREIRA, Mavilde da Luz. **A avaliação da dor na criança pelas enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva**. São Paulo: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, 2006.

Artigo recebido em: 29/04/2013

Artigo aprovado em: 18/06/2013