

Equipe de enfermagem diante da dor do recém-nascido pré-termo

The nursing staff in the face of pain among preterm newborns

El equipo de enfermería frente al dolor del recién nacido prematuro

Jesislei Bonolo do Amaral¹

Taciana Alves Resende¹

Divanice Contim¹

Elizabeth Barichello¹

1. Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Uberaba - MG, Brasil.

RESUMO

Este estudo objetivou caracterizar a equipe de enfermagem e identificar as formas de avaliação e manejo da dor do recém-nascido (RN) prematuro. **Métodos:** Estudo exploratório-descritivo realizado na Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidado Intermediário em um hospital Universitário em Uberaba-MG. Participaram do estudo 42 profissionais de enfermagem.

Resultados: 33 (78,6%) técnicos de enfermagem e 9 (21,4%) enfermeiros; 13 (31%) tinham entre 26 e 30 anos de idade e eram do sexo feminino. Todos os profissionais concordaram sobre a capacidade do RN de sentir dor. O choro, 42 (100%); face, 40 (95,2%); e frequência cardíaca, 39 (92,8%), foram os parâmetros de avaliação mais mencionados. As condutas citadas foram as não farmacológicas. **Conclusão:** A equipe acredita na capacidade do RN de sentir dor, articulada aos indicadores fisiológicos com os comportamentais, porém há necessidade de capacitação sobre o tema.

Palavras-chave: Enfermagem pediátrica; Dor; Recém-nascido.

ABSTRACT

Objective: To characterize the nursing staff and identify how it assesses and manages pain for preterm newborns (PNB).

Methods: Descriptive exploratory study conducted in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) and Intermediate Care Unit of a university hospital in Uberaba, MG, Brazil. The study included 42 nursing professionals. **Results:** A total of 33 (78.6%) nursing technicians and nine (21.4%) nurses participated in the study. Thirteen (31%) were aged from 26 to 30 years old and were female. The participants were unanimous in regard to the ability of infants to feel pain. Crying (42/100%), facial expressions (40/95.2%), and heart rate (39/92.8%) were the parameters most frequently mentioned. Non-pharmacological measures were the most frequently used to relieve pain. **Conclusion:** The team believes in the ability of infants to feel pain and links physiological indicators to behavioral ones, but there is a need to provide training on the topic.

Keywords: Pediatric nursing; Pain; Infant, Newborn.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el equipo de enfermería e identificar formas de evaluación y tratamiento del dolor en el recién nacido (RN) prematuro. **Métodos:** Estudio descriptivo exploratorio, realizado en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y Cuidados Intermediarios, en un Hospital Universitario de Uberaba/MG. Participaron 42 profesionales de enfermería. **Resultados:** 33 (78,6%) eran técnicos de enfermería y 9 (21,4%), enfermeros; 13 (31%) tenían entre 26 a 30 años de edad y eran mujeres. Todos los profesionales fueron unánimes cuanto a capacidad de sentir dolor del RN. Los parámetros de evaluación más mencionados fueron: el llanto, por 42 (100%); la expresión facial, 40 (95,2%); y la frecuencia cardíaca, 39 (92,8%). Las conductas mencionadas fueron las no farmacológicas. **Conclusión:** El equipo cree en la capacidad de los niños de sentir dolor, articulado a los indicadores fisiológicos y comportamentales, sin embargo hace falta la capacitación sobre el tema.

Palabras-clave: Enfermería pediátrica; Dolor; Recién nacido.

Autor correspondente:

Jesislei Bonolo do Amaral.
E-mail: jesisleimjlo@gmail.com

Recebido em 21/09/2012.
Reapresentado em 30/04/2013.
Aprovado em 24/05/2013.

DOI: 10.5935/1414-8145.20140035

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), mediante os avanços científicos e tecnológicos, aliados à sofisticação dos recursos terapêuticos, tem proporcionado uma diminuição da mortalidade e aumento da sobrevivência de recém-nascidos prematuros (RNPT). Porém, a terapêutica necessária os expõe a muitos procedimentos dolorosos e muitas vezes inevitáveis, pois segundo as literaturas, os prematuros são submetidos a uma média de 134 procedimentos dolorosos nas duas primeiras semanas de vida ou de 10 a 14 procedimentos dolorosos por dia^{1,2}.

A dor do RNPT passou a ser motivo de preocupação e objeto de estudo nas últimas quatro décadas, e avanços importantes foram obtidos no reconhecimento de que o recém-nascido é capaz de sentir dor. Isso se deve à comprovação de que elementos funcionais e neuroquímicos do sistema nervoso necessários para a transmissão do impulso doloroso ao córtex cerebral estavam presentes nos RN a termo e nos prematuros. Assim, sentindo dor, são capazes de responder estímulo nociceptivo por meio de alterações orgânicas fisiológicas e comportamentais³.

Sabe-se que a exposição a eventos dolorosos ou estressantes repetidos no período neonatal é prejudicial ao RNPT, traz consequências danosas em curto prazo, como instabilidade fisiológica, variações de frequência cardíaca, de frequência respiratória, da pressão intracraniana, da saturação de oxigênio, e em longo prazo, como a alteração da resposta neurocomportamental diante da dor, distúrbios emocionais e de aprendizado⁴.

A avaliação adequada da dor é primordial, uma vez que dela depende o manejo adequado. A mensuração requer uso de métodos quantitativos e validados, mediante o uso de instrumentos ou indicadores que levem em consideração as alterações comportamentais e mudanças fisiológicas^{5,6}.

A utilização de escalas validadas para identificação da dor no RN como a *Crying, Requires of oxygen for saturation above 95%, Increased vital signs, Expression, Sleep* (CRIES), instrumento especificamente desenvolvido para avaliação de dor pós-operatória, a *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS), *Premature Infant Pain Profile* (PIPP), *Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale* (N-PASS) e a *Neonatal Facial Coding System* (NFCS)^{5,6}, proporcionam a obtenção de informações sobre as respostas individuais do RNPT à dor.

As medidas para alívio da dor podem ser não farmacológicas para as dores agudas provocadas por procedimentos menores, como punção venosa, punção de calcanhar, coleta de sangue, aspiração. Estes podem ser realizados, com o intuito de diminuição da dor, durante a amamentação ou sucção não nutritiva, uso de solução adocicada oral (glicose ou sacarose), contato pele a pele e estimulação multissensorial. As estratégias farmacológicas, indicadas para prevenção e tratamento das dores intensas e prolongadas em procedimentos de maior complexidade incluem o uso de opioides, anti-inflamatórios não esteroidais e anestésicos locais, e ingestão de glicose a 25%^{7,8}. Ainda há a possibilidade de associação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, potencializando o seu efeito para o alívio da dor^{4,7,9}.

Estudos têm demonstrado que, apesar da expansão do conhecimento sobre a dor no período neonatal, considerando o avanço no seu tratamento e o uso de analgesia rotineiramente, para procedimentos dolorosos ainda é insuficiente e inadequado. Justifica-se o não tratamento adequado da dor a fatores relacionados a suas subjetividades, à dificuldade e capacidade de identificar e adotar medidas para alívio da dor pelos profissionais, à prescrição restrita de analgésicos, motivada pela falta de opções de terapêuticas seguras e efetivas, e aos efeitos adversos e a insuficiência de evidências para a utilização de fármacos^{2,10,11}.

Os profissionais de enfermagem no desempenho de suas atividades assistenciais têm responsabilidade no que se refere à avaliação sistemática da dor do RNPT, bem como implementação de medidas de prevenção, redução ou eliminação do desconforto produzido por estímulos indesejáveis ou procedimentos invasivos e dolorosos em unidades neonatais⁴.

Considerando a relevância do tema, as atribuições da equipe de enfermagem na assistência ao RNPT e as consequências geradas mediante a dor não aliviada, realizou-se o presente estudo com os objetivos de caracterizar a equipe de enfermagem do berçário e UTIN segundo dados sociodemográficos e identificar as formas de avaliação, tipos de procedimentos que podem gerar dor e o manejo da dor em recém-nascidos pré-termos.

MÉTODO

Estudo quantitativo, descritivo exploratório realizado na UTIN e na Unidade de Cuidado Intermediário - berçário do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) em Uberaba-MG, considerado Centro de Referência Hospitalar Regional.

A população foi constituída de 79 profissionais de Enfermagem, sendo 51 técnicos de enfermagem e 8 enfermeiros que desenvolviam atividades assistenciais na UTIN e 17 técnicos de enfermagem, e 3 enfermeiros no berçário do referido hospital, nos três turnos de trabalho, manhã, tarde e noite. Excluíram-se do estudo profissionais em afastamento por motivo de doença, licença maternidade ou férias. Participaram do estudo 33 técnicos de enfermagem e 9 enfermeiros mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, protocolo nº 1840, respeitando a Resolução nº 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

A coleta dos dados ocorreu durante o mês de julho de 2011, para tal foi utilizado instrumento próprio, desenvolvido para este estudo, o qual foi aplicado no turno de trabalho dos profissionais.

O referido instrumento contemplava questões relativas a variáveis sociodemográficas e profissionais, dados referentes à identificação e alívio da dor e quanto à conduta profissional diante da dor do recém-nascido pré-termo.

Em relação aos dados sociodemográficos, o instrumento abordou: idade, sexo, profissão, turno de trabalho, tempo que

exerce a profissão atual e tempo que desenvolve atividades na Unidade do HC-UFTM. Os dados referentes à identificação da dor foram: presença ou não da dor pelo RNPT; tipo de dor; e se há similaridade da dor entre os RNs; a utilização de escalas de avaliação de dor e quais os sinais que o RNPT apresenta alterados para que o profissional perceba o indicativo de dor. Em relação à conduta do profissional diante da dor quais são os sinais que o RNPT apresenta que motivem o profissional a realizar a intervenção; quais realizam e se avaliam a dor após a intervenção; quais são os critérios utilizados para saber se elas foram efetivas; quais procedimentos ele considera que gera dor no RNPT.

Após a coleta os dados foram inseridos em uma planilha de dados eletrônicos, programa *Excel XP*® da *Microsoft*® para análise descritiva, com frequências absolutas e percentuais representados em tabelas. Nas tabelas apresentadas, o total refere-se às alternativas indicadas pelos profissionais, e não à totalidade de entrevistados. Justifica-se pelo fato de o questionário permitir que eles escolham mais de uma alternativa, gerando, assim, uma quantidade de respostas superior ao número de entrevistados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 42 profissionais da UTI Neonatal (UTIN) e berçário do HC UFTM de Uberaba-MG com 33 (78,6%) técnicos de enfermagem e nove (21,4%) enfermeiros. O grupo em estudo foi composto por profissionais do sexo feminino 42 (100%), a faixa etária predominante foi a de 26 a 30 anos de idade com 13 (31%). A equipe é constituída em sua maioria por profissionais que atuam na atual profissão de 1 a 3 anos representando 15 (35,7%) e 13 (31%) exercem a mais de nove anos de acordo com a Tabela 1.

Os dados referentes à identificação e alívio da dor revelaram que 42 (100%) dos profissionais de enfermagem acreditam na capacidade do RN de sentir dor.

Ao comparar a dor do RNPT com a de outros bebês; 20 (47,6%) profissionais acreditam ser igual, sendo que, para 6 (66,6%) enfermeiros e 14 (42,4%) técnicos de enfermagem, a dor é diferente. Desses profissionais, 4 (44,4%) enfermeiros e 14 (42,4%) técnicos de enfermagem responderam que o RNPT sente mais dor.

A unanimidade de respostas a respeito da identificação da dor, mostrando que a crença de que recém-nascido não sente dor se modificou entre os profissionais de saúde, corrobora outros estudos¹². A percepção de que a dor do RNPT difere para o RN de termo é confirmada em estudos que comprovaram serem mais susceptíveis à dor¹³.

Em relação à utilização de escala para detectar a dor no RN, 5 (55,5%) enfermeiros e 26 (78,7%) técnicos de enfermagem responderam que utilizam algum tipo de escala. A escala NIPS foi a mais citada, representando 22 (70,96%) respostas, 5 (16,13%) citaram a de faces e 4 (13%) não especificaram escalas dentro das respostas afirmativas. Dos 31 profissionais de enfermagem que utilizaram algum tipo de escala, 12 (38,7%) têm um a três anos de exercício da profissão, 8 (25,8%), nove ou mais anos,

Tabela 1. Dados sociodemográficos e profissionais da UTIN e berçário HC/UFTM. Uberaba, 2011

Variável	n	%
Idade (anos)		
< 25 anos	09	21,4
26-30	13	31,0
31-35	06	14,3
36-40	04	9,50
41-45	04	9,50
46-50	03	7,10
> 50 anos	01	2,40
Não informaram	02	4,80
Sexo		
Feminino	42	100
Profissão		
Enfermeiro	09	21,4
Técnico de enf.	33	78,6
Tempo que exerce a atual profissão		
< 1 ano	04	9,50
1 a 3 anos	15	35,7
4 a 6 anos	08	19,0
7 a 9 anos	02	4,80
> 9 anos	13	31,0
Tempo que trabalha na unidade		
< 1 ano	08	19,0
1 a 3 anos	19	45,2
4 a 6 anos	06	14,3
7 a 9 anos	04	9,50
> 9 anos	05	12,0

7 (22,6%), de quatro a seis anos, 2 (6,45%), sete a nove anos, e 2 (6,45%), menos de um ano na profissão.

Observamos que o tempo de exercício e exercício profissional atrelado a capacitação pode ter influenciado no conhecimento e utilização de escalas de dor, uma vez que as características pessoais, profissionais e socioeconômicas associadas a aspectos individuais, emocionais e psicológicos do adulto responsável pela assistência neonatal interferem na sua capacidade de observar e interpretar a comunicação não verbal da dor expressa pelo recém-nascido¹⁴.

A escala *Neonatal Infant Pain Score* (NIPS) foi a mais citada, representando 22 (70,96%) das respostas; 5 (16,13%) citaram a de faces e 4 (13%) não especificaram escalas dentro das respostas afirmativas. O termo "faces" é utilizado pelos profissionais de forma errônea, uma vez que essa escala é indicada para crianças pré-escolares e escolares. Quando citam NIPS, os profissionais

demonstram conhecimento dos parâmetros fisiológicos com os comportamentais, já que a avaliação por parâmetros isolados não são os mais adequados.

As escalas NIPS, *Neonatal Facial Coding System* (NFCS) e a *Premature Infant Pain Profile* PIPP foram as mais encontradas na literatura relacionadas à avaliação de um procedimento específico doloroso e as escalas NIPS, NFCS e "faces" incorporadas na rotina da UTIN; há predomínio da NIPS nas duas formas de utilização mencionadas¹⁵.

Quanto à identificação da dor por meio dos sinais que o RNPT pode apresentar alterados, foram indicadas 299 respostas, descritas na Tabela 2. A face, 40 (13,4%), o choro, 42 (14,0%), e a frequência cardíaca, 39 (13,0%), foram os sinais mais indicados pelos entrevistados. Os dados são condizentes com a literatura, pois segundo estudos realizados com os profissionais de enfermagem de um hospital universitário, foi observado o predomínio de respostas envolvendo indicadores comportamentais, sendo o choro o mais mencionado¹⁶.

Tabela 2. Identificação e alívio da dor pelos profissionais da UTIN e berçário HC/UFTM. Uberaba, 2011

Parâmetros	n	%
Fisiológicos		
FR	37	12,38
FC	39	13,04
PA	22	7,36
Sat O ₂	22	7,36
Sudorese	22	7,36
Glicemia	07	2,34
Ac. Met.	03	1,00
Comportamentais		
Choro	42	14,00
Braços	36	12,00
Face	40	13,30
Língua	07	2,34
Queixo	22	7,36
Total	299	100,00

Ao serem questionadas sobre quais sinais de dor apresentados pelo RN que motivavam a intervenção para alívio da dor. As alterações comportamentais foram as mais mencionadas e demonstraram maior preocupação pelos profissionais de tal forma a dar início à intervenção. O choro foi a alteração comportamental mais mencionada, assim como em outros estudos^{12,14}.

Os profissionais basearam em parâmetros fisiológicos e comportamentais para perceberem a presença de dor. Esses resultados corroboram estudos^{12,13} realizados com enfermeiros que atuam nas UTIs neonatais onde os critérios utilizados pela equipe para avaliar presença da dor no recém-nascido também

foram identificados em maior parte por meio de alterações nos parâmetros fisiológicos, como frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de oxigênio e comportamentais (expressão facial, choro e flexão de membros).

Tabela 3. Sinais apresentados pelo RNPT que motivam intervenção. HC/UFTM. Uberaba, 2011

Respostas	n	%
Choro	32	7,59
Face	22	18,97
Atividade motora/agitação	22	18,97
Sinais vitais alterados	18	15,52
Queda de saturação	06	5,17
Sudorese	06	5,17
Tremores	04	3,45
Palidez	03	2,59
Gemidos	02	1,72
Cólicas	01	0,86
Total	116	100,00

As condutas mencionadas pelos profissionais diante da dor do RNPT são observadas na Tabela 4. A conduta não farmacológica de posicionamento/manuseio do RN foi a mais mencionada, representando 36 (13,9%), seguida da sucção não nutritiva, enrolamento e diminuição de ruídos e luminosidade, representando 34 (13,2%).

Tabela 4. Conduta do profissional mediante a constatação de dor do RN na UTIN e Berçário do HC/UFTM. Uberaba (MG), 2011

Intervenções	n	%
Sucção não nutritiva	34	13,20
Sucção não nutritiva + medicação prescrita	29	11,20
Mãe canguru	19	7,36
Gota de sacarose (soro glicosado)	22	8,53
Enrolamento	34	13,20
Posicionamento/manuseio	36	13,90
Diminuição de ruídos e luminosidade	34	13,20
Pegar no colo	30	11,60
Medicação	20	7,75
Total	258	100,00

A conduta não farmacológica de posicionamento/manuseio do RN foi a mais mencionada, representando 36 (13,9%), sendo citada por 8 (88,8%) dos enfermeiros e 28 (84,8%) dos técnicos de enfermagem. Desses 36 profissionais de enfermagem, 15 (41,6%) têm um a três anos de exercício da

profissão; 10 (27,7%), nove anos ou mais; 8 (22,2%), quatro a seis anos; 2 (5,55%) com menos de um ano; e 1 (2,77%), sete a nove anos. Outras condutas apontadas pelos entrevistados foram sucção não nutritiva, enrolamento e diminuição de ruídos e luminosidade, representando no total de 34 (13,2%).

Quanto à melhora no posicionamento, infere-se à prática de fazer um pacotinho proporcionando o aconchego, ou seja, colocar o neonato em posição confortável e embrulhado, para que se sinta protegido durante o procedimento⁵.

A sucção não nutritiva (SNN) pode proporcionar calma e conforto aos neonatos, diminuição do tempo de choro, elevação da frequência cardíaca menos significativa em resposta ao procedimento, aumento na oxigenação, melhora nas funções respiratória e gastrointestinal e à diminuição da frequência cardíaca e do gasto energético, promovendo descanso e analgesia⁵.

As intervenções não farmacológicas são tão importantes quanto às farmacológicas, porém devem ser mais bem difundidas na equipe de enfermagem por serem métodos de alívio e de prevenção da dor neonatal, além de prevenirem a desorganização, agitação desnecessária e serem de baixo custo¹⁵.

Após a intervenção para o alívio da dor e do desconforto, 38 (90,48%) dos profissionais responderam que avaliam o RNPT. Questionados sobre os critérios para essa avaliação, responderam 35 (83,3%) dos entrevistados. Mediante as respostas obtidas, foram criadas categorias agrupadas segundo a semelhança, sendo que os parâmetros mais indicados pelos profissionais para avaliar a eficácia da intervenção foram a mímica facial, 10 (23,80%); diminuição do choro, 7 (16,66%); o sono, 7 (16,66%); e a normalização da frequência respiratória, 5 (11,90%), sendo ainda mencionadas respostas, mesmo que em número insatisfatório, como a avaliação dos membros superiores e inferiores e a saturação de oxigênio.

Os procedimentos que os entrevistados consideraram mais dolorosos ao RN foram: punções venosas, com 28 (26,42%), seguida da manipulação excessiva/reposicionamento, com 19 (17,92%), de acordo com a Tabela 5. No estudo realizado em Fortaleza-CE observou-se que as mudanças fisiológicas durante a punção arterial não foram significativas, porém os RNs que ficaram internados por mais de um mês apresentaram irritação meramente no ato de passar o álcool com algodão para desinfecção da pele⁷. Entende-se por manipulação excessiva/reposicionamento as diversas intervenções, exames e avaliações da equipe multiprofissional que deixa o RN em uma posição diferente no leito a cada final de conduta.

CONCLUSÕES

Os profissionais de enfermagem do nosso estudo são do sexo feminino, com idade entre 26 e 30 anos. Demonstraram conhecimento acerca da dor no neonato e acreditam na capacidade do RNPT de sentir dor até mais que o RN a termo, referiram utilizar escalas para avaliação de dor e outros parâmetros fisiológicos e comportamentais não contemplados na escala.

Tabela 5. Procedimentos que ocasionam dor ao RN da UTIN e berçário HC/UFTM. Uberaba (MG), 2011

Procedimentos	n	%
Punções venosas	28	26,42
Manipulação excessiva/reposicionamento	19	17,92
Glucoteste	13	12,27
Coleta de sangue	13	12,27
Sondagem	12	11,32
Aspiração	07	6,60
Ruídos/luminosidade	06	5,66
Fisioterapia	04	3,77
Curativo	04	3,77
Total	106	100

Ao diagnosticarem a dor, utilizaram as medidas não farmacológicas de posicionamento/manuseio e sucção não nutritiva para o alívio da dor e a organização do RNPT.

Após a intervenção para o alívio da dor e do desconforto, realizavam avaliação do RNPT e utilizaram parâmetros como a mímica facial e diminuição do choro para avaliar a eficácia da intervenção. Consideraram a punção venosa e a manipulação excessiva/reposicionamento os procedimentos mais dolorosos realizados nos RNs.

REFERÊNCIAS

1. Brigitte L, Hogan DL, Gaboury I, Sherlock R, Blanchard C, Moher D. How effective is tetracaine 4% gel, before a venipuncture, in reducing procedural pain in infants: a randomized double-blind placebo controlled Trial. *BMC Pediatrics*. 2010 fev;7(1):1471-2431.
2. Carbajal R, Rousset A, Danan C, Cooquery S, Nolent P, Ducrocq S, et al. Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. *JAMA*. 2008 jul;300(1):60-70.
3. Brummelle S, Grunau RE, Chau V, et al. Procedural pain and brain development in premature newborns. *Ann Neurol*. 2012 mar;71(3):385-96.
4. Oliveira RM; Silva AVS; Silva LMS; Silva APAD; Chaves EMC; Bezerra SC. Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2011 abr/jun;15(2):277-83.
5. Silva TP, Silva LJ. Escalas de avaliação da dor utilizadas no recém-nascido: revisão sistemática. *Acta medica portuguesa*. 2010 maio/jun;23(3):437-54.
6. Bueno M, Costa B, Oliveira AAS, Cardoso R, Kimura AF. Tradução e adaptação do Premature Infant Pain Profile para a língua portuguesa. *Texto & contexto enferm*. 2013 jan/mar;22(1):29-35.
7. Silva TM; Chaves EMC; Cardoso MVLML. Dor sofrida pelo recém-nascido durante a punção arterial. *Esc Anna Nery*. 2009 out/dez;13(4):726-32.
8. Aymar CLG; Coutinho SB. Fatores relacionados ao uso de analgesia sistêmica em neonatologia. *Rev. bras. ter. intensiva*. 2008 out/dez;20(4):405-10.
9. Alves CO, Duarte ED, Azevedo VMGO, Nascimento GR, Tavares TS. Emprego de soluções adocicadas no alívio da dor neonatal em recém-nascido prematuro: uma revisão integrativa. *Rev. gauch. enferm*. 2011 dez;32(4):788-96.
10. Silva YP, Gomez RS, Máximo TA, Silva AC. Avaliação da dor em neonatologia. *Rev. bras. anestesiol*. 2007 set/out;57:565-74.

11. Cignacco E, Hamers JP, van Lingen RA, Zimmermann LJ, Müller R, Gessler P et al. Pain relief in ventilated preterms during endotracheal suctioning: a randomized controlled trial. *Swiss Med Wkly*. 2008 nov;138(43-44):635-45.
12. Crescêncio EP, Zanelato S, Leventhal LC. Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2009;11(1):64-9.
13. Johnston CC, Fernandes AM, Campbell-Yeo M. Pain in neonates is different. Review. *International Association for the Study of Pain*. Published by Elsevier. 2011;152:65-73.
14. Balda RC, Almeida MFB, Peres CA, Guinsburg R. Fatores que interferem no reconhecimento por adultos da expressão facial de dor no recém-nascido. *Rev. paul. pediatr*. 2009 jun;27(2):160-7.
15. Presbytero R; Costa MLV, Santos RCS. Os enfermeiros da unidade neonatal frente ao recém-nascido com dor. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2010 jan/mar;11(1):125-32.
16. Veronez M, Corrêa DAM. A dor e o recém-nascido de risco: percepção dos profissionais de enfermagem. *Cogitare enferm*. 2010 abr/jun;15(2):263-70.