



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA- UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE-CCBS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

KAROLYN OANE ARAÚJO MEDEIROS BRESQUI

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLE DA DOR EM
RECÉM-NASCIDOS: Revisão Integrativa

CAMPINA GRANDE-PB

2016

KAROLYN OANE ARAÚJO MEDEIROS BRESQUI

**INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLE DA DOR EM
RECÉM-NASCIDOS: Revisão Integrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Enfermagem da Universidade Estadual
da Paraíba, em cumprimento à exigência para
obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Esp. Sueli Aparecida
Albuquerque de Almeida.

CAMPINA GRANDE-PB

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

B842i Bresqui, Karolyn Oane Araújo Medeiros
Intervenções não farmacológicas no controle da dor em recém-nascidos: revisão integrativa [manuscrito] / Karolyn Oane Araújo Medeiros Bresqui. - 2016.
29 p.

Digitado.
Monografia (Graduação em ENFERMAGEM) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.
"Orientação: Prof. Esp. Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida, Departamento de Enfermagem".

1. Recém-nascido. 2. Dor. 3. Enfermagem. I. Título.
21. ed. CDD 610.736 2

KAROLYN OANE ARAÚJO MEDEIROS BRESQUI

**INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLE DA DOR EM
RECÉM-NASCIDOS: Revisão integrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

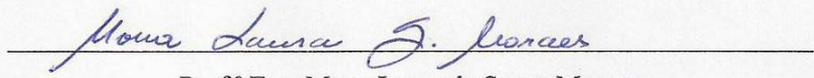
Aprovada em: 12/05/2016.

BANCA EXAMINADORA



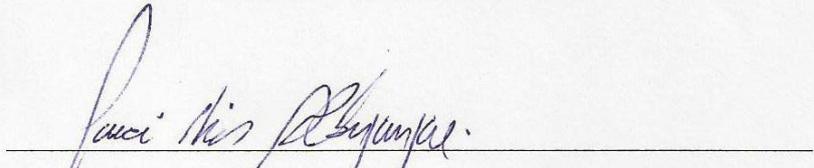
Prof.^a Esp. Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida (Orientador)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.^a Esp. Mona Laura de Sousa Moraes

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.^a Dr.^a Juraci Dias Albuquerque

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, que sempre me permitiu ficar de pé todos os dias, superando as dificuldades e o meu cansaço, provendo tudo.

Aos meus queridos pais, pela educação que me proporcionaram permitindo ser a pessoa que almeja, sonha e realiza os seus objetivos.

Ao meu amado esposo Leonardo, pelo auxílio, carinho e compreensão.

À minha filha Leticia, que me fez ser mãe, um sonho que almejava ter minha menina nos braços.

À minha estimada avó, Marlene Silva, que sempre torceu pelo meu sucesso e me repassou todas as suas experiências para que eu sempre erga a cabeça.

Aos familiares, amigos e irmãos que de forma direta ou indireta forneceram apoio a essa conquista.

Aos meus colegas de classe, pela força mútua, momentos de aprendizado e amizade que vivemos, pelas dificuldades que passei na gestação e para conseguir estudar com minha bebê, agradeço especialmente a Danielle Medeiros, Daniele Raquel, Hewellyn Souto, Valéria Carvalho, Mariana Albuquerque e Camila Leite que sempre me ampararam.

À minha orientadora, Sueli, que acreditou no meu empenho para a realização deste trabalho.

Aos professores da graduação, que contribuíram para a minha formação acadêmica.

À UEPB, pelo ensino, por me proporcionar conhecer pessoas maravilhosas e que guardarei sempre no meu coração e pelas minhas conquistas.

RESUMO

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLE DA DOR EM RECÉM-NASCIDOS: Revisão Integrativa

Karolyn Oane Araújo Medeiros Bresqui¹

Introdução: O controle da dor em neonatologia, tem se mostrado uma terapia indispensável nos dias atuais, escalas de avaliação da dor em RN podem ser utilizadas numa tentativa de intervir de maneira adequada com intervenções não farmacológicas ou farmacológicas de acordo com o grau de dor avaliado sendo capazes de garantir a manutenção da estabilidade clínica e minimização de sequelas. **Objetivo geral:** Descrever as intervenções não farmacológicas no controle da dor em recém-nascidos utilizadas pelos profissionais de enfermagem. **Objetivos específicos:** Identificar os instrumentos utilizados para avaliação da dor no recém-nascido, relacionar quais são as alterações nos recém-nascidos capazes de serem associadas ao estímulo doloroso e detectar o nível de conhecimento dos profissionais que atuam com recém-nascidos em relação à dor. **Metodologia:** Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, com coleta de dados realizada nas bases de dados LILACS e SciELO, com os seguintes descritores: recém-nascido e dor, no período de fevereiro a março de 2016. **Resultados:** Foi incluído nesse estudo um total de 17 artigos que tratam de assuntos relacionados ao manejo da dor no recém-nascido realizados pela enfermagem utilizando escalas de avaliação da dor em recém-nascido e as intervenções não farmacológicas no controle deste fenômeno álgico. **Considerações Finais:** Embora as intervenções não farmacológicas não sejam realizadas de maneira rotineira, este estudo permitiu relacionar as alterações que o recém-nascido apresenta de acordo com as escalas de avaliação da dor e mencionar quais as medidas que podem ser utilizadas para reduzir ou eliminar a dor permitindo a manutenção da homeostasia do neonato.

Palavras chave: Recém-nascido; Dor; Enfermagem;

¹ Graduanda do curso de Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba- UEPB: Campina Grande, Brasil.
E-mail: karolyneleo@bol.com.br

ABSTRACT

INTERVENTION IN NO PHARMACOLOGICAL PAIN CONTROL IN NEWBORN:

An Integrative Review

Karolyn Oane Araújo Medeiros Bresqui¹

Introduction: Pain control in neonatology, has been an indispensable therapy today, pain assessment scales in newborns can be used in an attempt to intervene appropriately with nonpharmacological or pharmacological interventions according to the degree of pain assessed They are able to ensure the maintenance of clinical stability and minimization of consequences. **Overall Objective:** To describe non-pharmacological interventions in the management of pain in newborns used by nursing professionals. **Specific objectives:** Identify the instruments used for pain assessment in newborn relate what are the changes in neonates capable of being associated with painful stimuli and detect the level of knowledge of professionals working with infants in relation to pain . **Methodology:** This is an integrative review of the literature with data collection conducted in the LILACS and SciELO databases with the following descriptors: newborn and pain, from February to March 2016. **Results:** It was included in this study a total of 17 articles dealing with issues related to the management of pain in newborns performed by nurses using pain assessment scales in newborn and non-pharmacological interventions in control of this painful phenomenon. **Final Thoughts:** Although non-pharmacological interventions are not performed routinely, this study allowed us to relate the changes that the newborn has according to pain assessment scales and mention what measures can be used to reduce or eliminate pain allowing the maintenance of homeostasis in the neonate.

Keywords: Newborn; Ache; Nursing;

¹ Graduanda do curso de Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba- UEPB: Campina Grande, Brasil.
E-mail: karolyneleo@bol.com.br

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2- REFERENCIAL TEÓRICO.....	9
2 METODOLOGIA	12
3 RESULTADOS	13
4 DISCUSSÕES	17
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
6 REFERÊNCIAS	24
ANEXO A.....	26
ANEXO B.....	27
ANEXO C.....	28

1 INTRODUÇÃO

Neonato é o recém-nascido (RN), com idade que vai do nascimento até 28 dias de vida (CARVALHO; CARVALHO, 2012).

Com o nascimento prematuro são necessárias intervenções terapêuticas capazes de garantir a manutenção da estabilidade clínica, a hospitalização do RN prematuro e do RN de risco na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), está associada à submissão de vários procedimentos invasivos e dolorosos, tais como: intubação, sondagens orogástricas e vesicais, punções venosas centrais e periféricas, aspiração de cânula oro traqueal e vias aéreas superiores, drenagem de tórax, punção arterial para realização da gasometria, coleta de exames, glicemias capilares, realização de curativos, troca de fixações, instalação de circuitos de pressão positiva contínua em vias aéreas, dentre outros, o que pode gerar desconforto, estresse e dor (MARCATTO; et al, 2011; SANTOS; RIBEIRO; SANTANA, 2012).

Dentre os procedimentos realizados em RN na UTIN, a punção venosa periférica representa 85% de todas as atividades executadas pelos profissionais de Enfermagem, devido a frequente necessidade de coletar sangue para exames, infusão de medicamentos e soroterapia (LÉLIS; et al, 2010).

Acredita-se que um RN interno na UTIN receba em média de 50 a 150 procedimentos dolorosos e que um RN prematuro com menos de 1.000 gramas esse número chega a 500 ao longo da sua internação (CORDEIRO; COSTA, 2014).

A partir da década de 60 iniciou-se a suspeita de que o RN era capaz de sentir dor, quando foi possível observar que a mielinização não era imprescindível para a transmissão dos impulsos pelo trato sensorial (CORDEIRO; COSTA, 2014), avanços importantes foram obtidos na década de 70 sobre o entendimento da nocicepção em RN, onde demonstrou-se a presença do substrato neuroquímico necessário para a recepção e a transmissão do estímulo doloroso em crianças e recém-nascidos (MAIA; COUTINHO, 2011).

Até a década de 80 a dor no RN não era considerada tão intensamente como no adulto, nem mesmo se teria a capacidade de recordar os momentos dolorosos, os mesmos eram submetidos a procedimentos invasivos sem analgesia (SILVA; SILVA, 2010).

A Sociedade Internacional para o Estudo da Dor (IASP) em 1986, definiu dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais, sendo essa subjetiva onde tanto aspectos físicos como emocionais devem ser avaliados (CARVALHO; CARVALHO, 2012).

Um fator importante a ser observado e considerado quanto à dor no RN é que a intensidade de resposta aos estímulos dolorosos está relacionada à sua idade gestacional (IG). Entre a vigésima e a vigésima quarta semana de gestação as vias nociceptoras ascendentes tornam-se funcionais e o feto é capaz de perceber estímulos dolorosos, após o nascimento já possuem elementos para a formação da memória sobre a dor. Assim todos os neonatos atendidos em UTIN são capazes de sentir dor (ALVES; et al, 2011; LÉLIS; et al, 2011).

Além dos procedimentos dolorosos, o ambiente da UTIN é totalmente diferente do útero materno, este também contribui para alterações da homeostasia do organismo do RN, onde destaca-se a luminosidade intensa e contínua, temperatura artificial, os ruídos sonoros altos, ação da gravidade que impede seus movimentos e passa a ser excessiva, além da quantidade de manipulações, que por muitas vezes o estímulo tátil passa a ser interpretado como estímulo álgico (MARCATTO; et al, 2011; SANTOS; et al, 2012).

A dor quando inadequadamente prevenida e tratada pode trazer consequências a curto, médio e longo prazo, onde a elevada carga de estímulos implica na utilização de reservas energéticas que seriam utilizadas para o seu crescimento, restabelecimento e desenvolvimento (OLIVEIRA; et al, 2011).

Os episódios de dor podem acarretar alterações cardiovasculares, respiratórias, gástricas, intestinais, infecções, alterações hemodinâmicas e a mortalidade, pode haver comprometimentos neurológicos, emocionais e cognitivos posteriores, neste sentido a dor repetida pode favorecer o aparecimento de problemas de cognição e déficit de atenção/concentração na vida escolar, além de problemas psiquiátricos como a ansiedade e depressão (ALVES; et al, 2013; BATALHA, 2010).

Em virtude do caráter subjetivo da dor os instrumentos multidimensionais são os que fornecem mais informações, uma vez que abrangem tanto os aspectos fisiológicos como os comportamentais, nos fisiológicos os mais usados para identificação são os sinais vitais como a saturação de oxigênio e frequência cardíaca e os comportamentais, a expressão facial, o choro e a atividade motora (MELO; et al, 2014).

Com a criação e implementação das escalas de avaliação da dor em RN, as alterações podem ser avaliadas numa tentativa de intervir de maneira adequada, porém, até o momento, não é disponibilizado um biomarcador confiável que seja considerado padrão ouro, onde as escalas mais utilizadas atualmente são: Neonatal Infant Pain Scale (NIPS), Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (NFCS) e a Premature Infant Pain Profile (PIPP) (MELO; et al, 2014).

Para o manejo da dor no RN, podem ser utilizadas intervenções não farmacológicas ou farmacológicas de acordo com o grau de dor avaliado, sendo necessário que a mesma seja reavaliada após a intervenção de 30 minutos à 1 hora, para certificação do tratamento. Deve ser considerado que as intervenções não farmacológicas utilizadas para prevenir ou minimizar a intensidade da dor pode ser reconhecida como uma tecnologia (ANTUNES; NASCIMENTO, 2013; MOTTA; CUNHA, 2015).

Por atuar em UTI neonatal, e observar as reações dos RNs durante o período de internação, surgiu o desejo de buscar através da literatura, respostas que justificassem as mudanças apresentadas pelos mesmos, e o interesse de elaborar um estudo que pudesse servir como fonte de esclarecimento para outros profissionais que atuam na área.

O objetivo geral deste estudo foi descrever as intervenções não farmacológicas no controle da dor em recém-nascidos utilizadas pelos profissionais de enfermagem e como objetivos específicos, identificar os instrumentos utilizados para avaliação da dor no recém-nascido, relacionar quais são as alterações nos recém-nascidos capazes de serem associadas ao estímulo doloroso e detectar o nível de conhecimento dos profissionais que atuam com recém-nascidos em relação à dor.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A dor é uma sensação que faz parte do nosso ciclo de vida, estando presente desde o nascimento, é um sinal que o corpo transmite quando algo está nos machucando (CARVALHO; CARVALHO, 2012), por ela ser uma percepção individual, é impossível mensurar com exatidão o nível da dor do outro, e se tratando de RN torna-se um fenômeno mais significativo, pelo fato de não poderem se comunicar verbalmente (LEMOS; et al, 2010).

A dor neonatal foi negligenciada por muitos anos, mas nas últimas décadas a Neonatologia tem passado por profundas transformações, tanto do ponto de vista tecnológico, quanto da veiculação de evidências científicas que tem proporcionado melhorias significativas no cuidado do RN prematuro e sua família, onde sua sobrevivência orgânica tem aumentado e recém-nascidos de idades gestacionais extremas têm sobrevivido (SANTOS; RIBEIRO; SANTANA, 2012).

Deste modo a dor sentida pelo neonato é mais intensa e mais aguda do que a dor sentida por uma criança mais velha ou um adulto, porque os mecanismos de controle encontram-se formados mais são inespecíficos e desorganizados (OLIVEIRA; et al, 2011), não conseguindo modular a resposta a dor o RN pré-termo e a termo responde na maioria das vezes de forma generalizada e exagerada a dor, mais tarde ocorrerá o amadurecimento das vias descendentes inibitórias, onde ocorrerá um melhor controle ao fenômeno algico (CARVALHO; CARVALHO, 2012).

Sabe-se que a partir da vigésima quarta semana as estruturas periféricas e centrais de nocicepção surgem precocemente na vida intrauterina e os substratos neuroanatômicos, neurofisiológicos e neuroquímicos da dor iniciam seu desenvolvimento na gestação prolongando-se o processo de maturação na vida extrauterina (SILVA; SILVA, 2010).

A dor quando inadequadamente prevenida e tratada pode repercutir a curto, médio e longo prazo, principalmente se esta for de grande intensidade, podendo ameaçar a estabilidade fisiológica e hemodinâmica (SILVA; SILVA, 2010), aumentando a morbidade e mortalidade, deixando sequelas no desenvolvimento neurológico e promovendo a somatização anormal frente à dor em outras etapas da vida (MAIA; COUTINHO, 2011).

Nota-se que a dor e o estresse potencializam a instabilidade clínica do RN, logo é de grande relevância a utilização das medidas não farmacológicas no intuito de prevenir, reduzir

ou eliminar os estímulos indesejáveis que são realizados nas unidades neonatais, principalmente quando se trata de procedimentos invasivos e dolorosos (LEMOS; et al, 2010).

Diante dos avanços que ocorreram em relação à dor, a mesma é classificada como o quinto sinal vital, descrita pela Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e pela Sociedade Americana de Dor, onde recomendam o seu uso paralelo aos outros sinais vitais (LEMOS; et al, 2010).

Para garantir a sobrevivência de um RN pré-termo ou RN de risco são necessários um grande número de exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos invasivos médicos e de enfermagem que podem desencadear dor, estima-se que em média cada RN exposto receba cerca de oito a dez procedimentos por dia, (BATALHA, 2010).

Diante da impossibilidade de verbalização da dor pelo RN, a principal forma da expressão de dor é por atitudes comportamentais, onde a avaliação da dor em RN se fundamenta na avaliação das respostas destes a dor, que podem ser avaliadas a partir de alterações das medidas fisiológicas e comportamentais observadas antes, durante e após estímulo doloroso (ALVES; et al, 2013).

A avaliação desta baseia-se em modificações de parâmetros fisiológicos e comportamentais, onde os fisiológicos são avaliados através da frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio, pressão arterial sistólica, tônus vagal, sudção palmar e alterações hormonais. No RN prematuro também foram registrados: aumento da frequência cardíaca, diminuição da saturação de oxigênio, aumento da pressão intracraniana e variabilidade na frequência respiratória e nos valores transcutâneos da pressão parcial de oxigênio (PO_2) e pressão parcial de gás carbônico (PCO_2) (CORDEIRO; COSTA, 2014; SILVA; SILVA, 2010).

Os indicadores comportamentais podem ter respostas motoras simples e complexas, onde as simples são: choro, fronte saliente, fenda palpebral estreitada, sulco nasolabial aprofundado, lábios entreabertos, boca estirada, tremor do mento e língua tensa; as complexas são os ciclos de vigília-sono alterados e irritabilidade (SILVA; SILVA, 2010).

Em consequência ao estímulo doloroso o RN pode apresentar indisponibilidade para o contato visual e auditivo com a sua mãe que perdura até às 36 horas seguintes, podendo dificultar o aleitamento materno (ALVES; et al, 2013).

Com intuito de atenuar a subjetividade das medidas comportamentais de dor e facilitar seu uso clínico surgiram as escalas de dor, onde estas atribuem pontos a parâmetros

observados onde o seu resultado vai definir a utilização de medidas farmacológica ou não farmacológica (LEMOS; et al, 2010).

Além da prática clínica as escalas de dor são importantes na investigação, que tem sido imprescindíveis para o aprofundamento no que tange o conhecimento sobre este fenômeno e na melhora da prática assistencial (SILVA; SILVA, 2010).

Algumas medidas ambientais também podem favorecer ao controlo da dor, tais como a redução da luminosidade, do barulho e do manuseio mínimo ao RN, concentração das atividades e proporcionar períodos mais prolongados de sono. A utilização de medidas farmacológicas são utilizadas em RNs portadores de doenças potencialmente dolorosas ou submetidos a procedimentos invasivos, cirúrgicos ou não, os não opióides são recomendados para abranger a dor mínima a moderada, desconforto e como antipirético, já os opióides são recomendados na presença de dor moderada até intensa (LEMOS; et al, 2010).

No que se refere a intervenções não farmacológicas estas são realizadas principalmente pela equipe de enfermagem para o alívio do desconforto e da dor, sendo estas a oferta da solução oral de glicose, sucção, não nutritiva, aconchego, conforto e toque (LÉLIS; et al, 2011), estas são técnicas não invasivas que proporcionam bem estar ao RN, mas tais medidas tem sido pouco utilizadas nas unidades neonatais e continuamente estão sendo realizados inúmeros procedimentos sem analgesia (OLIVEIRA; et al, 2011).

Ademais existem alguns fatores que limitam a avaliação da dor, pois interferem nas respostas comportamentais e fisiológicas do RN, onde o uso de medicamentos sedativos e analgésicos alteram as respostas comportamentais, o uso de drogas vasoativas promovem alterações semelhantes às resultantes de dor e o uso de cânula traqueal dificultam a constatação de choro e mímica facial (SANTOS; RIBEIRO; SANTANA, 2012).

3 METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura. Este método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão, na tentativa de construir uma análise ampla da literatura, auxiliando para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas anteriores a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado e trazer reflexões sobre a realização de futuros estudos (MENDES; et al, 2008).

Para a construção da presente revisão foi seguida seis etapas de acordo com Mendes, et al (2008), onde a primeira foi a identificação do tema, segunda foi a busca na literatura, terceira os critérios para categorização dos estudos, quarta avaliação dos estudos incluídos na revisão, quinta a interpretação dos resultados e a sexta a apresentação da revisão.

Os artigos utilizados para embasarem o estudo foram obtidos a partir de consultas nas bases de dados LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e SciELO – Scientific Electronic Library Online com os seguintes descritores: recém-nascido e dor, no período de fevereiro a março de 2016.

Como critérios de inclusão foram utilizados: pesquisas disponíveis eletronicamente nas bases de dados selecionada no idioma português e que abordassem a avaliação da dor e seu manejo no período neonatal e que foram publicados entre 2010 a 2015.

Na busca bibliográfica foram localizados 129 trabalhos, contudo apenas 17 publicações atenderam aos critérios de inclusão.

4 RESULTADOS

Os trabalhos selecionados foram organizados no quadro abaixo (Quadro1), no qual estão dispostos dados dos artigos para facilitar a análise da presente revisão.

Quadro-1: Estudos incluídos na revisão integrativa, distribuído de acordo com o Autor e ano, Título do artigo, objetivos e metodologia.

AUTOR/ANO	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO	METODOLOGIA
MOTTA; CUNHA, 2015	Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido	Apresentar os principais métodos não farmacológicos de alívio da dor no recém-nascido disponíveis para utilização na Unidade de Tratamento Intensivo neonatal,	Pesquisa bibliográfica do tipo exploratória, no período de 2004 a 2013.
CORDEIRO; COSTA, 2014	Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: Uma construção coletiva da enfermagem	Construir, com a equipe de enfermagem, uma proposta de protocolo de cuidados, baseada nos métodos não farmacológicos, para o manejo do desconforto e da dor no recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA).
MELO; et al, 2014	Escalas de avaliação de dor em recém-nascidos: revisão integrativa	Analisar, em artigos científicos, os métodos utilizados para avaliação da dor em recém-nascidos.	Estudo de revisão integrativa de artigos publicados de 2001 a 2012.
ALVES; et al, 2013	Dor neonatal: a percepção da equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	Discutir a percepção da equipe de enfermagem em relação à dor do neonato identificando as atitudes desses profissionais frente ao recém-nascido com dor na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	Pesquisa de abordagem qualitativa.
ANTUNES; NASCIMENTO, 2013	A sucção não nutritiva do recém-nascido prematuro como uma tecnologia de enfermagem	Demonstrar que a sucção não nutritiva é efetiva no manejo da dor durante a instalação, pela equipe de enfermagem, do CPAP nasal em recém-nascidos prematuros.	Estudo experimental com abordagem quantitativa.
CARVALHO; CARVALHO, 2012	Manejo clínico da enfermagem no alívio da dor em neonatos	Conhecer os tipos de escalas mais utilizadas para avaliar a dor no neonato e aprender a reconhecer/identificar as	Estudo qualitativo, de natureza exploratória descritiva, embasado em levantamento literário.

		alterações nos neonatos capazes de serem relacionadas com o sentimento de dor.	
SANTOS; et al, 2012	Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	Analisar o processo de identificação da dor no prematuro pela equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital público de uma cidade do interior da Bahia.	Estudo descritivo, exploratório e quantitativo.
SANTOS; RIBEIRO; SANTANA, 2012	Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na unidade de Terapia Intensiva	Analisar os parâmetros utilizados pela equipe de enfermagem de um hospital público da Bahia para a avaliação da dor no RNPT; descrever as intervenções utilizadas pela equipe de enfermagem para aliviar a dor no RNPT.	Estudo descritivo e qualitativo.
ALVES; et al, 2011	Emprego de soluções adocicadas no alívio da dor neonatal em recém-nascido prematuro: uma revisão integrativa	Avaliar as evidências do efeito da sacarose e da glicose oral no alívio da dor aguda em recém-nascidos prematuros.	Revisão integrativa.
LÉLIS; et al, 2011	Cuidado humanístico e percepções de enfermagem diante da dor do recém-nascido	Aprender o significado do cuidado oferecido pelo enfermeiro ao recém-nascido em procedimentos dolorosos e conhecer as intervenções realizadas pelos enfermeiros para amenizar a dor do recém-nascido.	Estudo descritivo, qualitativo, norteado pela Teoria Humanística de Paterson e Zderad.
MAIA; COUTINHO, 2011	Fatores que influenciam a prática do profissional de saúde no manejo da dor do recém-nascido	Apresentar revisão sobre as principais variáveis que podem influenciar as ações e as atitudes dos profissionais de saúde no manejo adequado da dor no período neonatal.	Pesquisa bibliográfica, entre 1995 e 2009.
MARCATTO; et al, 2011	Benefícios e limitações da utilização da glicose no tratamento da dor em neonatos: revisão da literatura	Apresentar uma revisão de literatura sobre a utilização da glicose na prática clínica em neonatos destacando as divergências em relação à dosagem, concentração, segurança e possibilidade de indução de tolerância após administrações consecutivas, bem como fazer apontamentos em	Revisão da literatura.

		relação aos benefícios e limitações da sua utilização.	
OLIVEIRA; et al, 2011	Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem	Identificar a implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pelos profissionais de Enfermagem, bem como caracterizá-las em tipo, frequência e finalidade da aplicação.	Estudo transversal com abordagem quantitativa.
BATALHA, 2010	Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais	Determinar a prevalência e gravidade da dor sentida pelo RN submetido a cuidados intensivos e a efectividade das medidas terapêuticas não farmacológicas.	Estudo descritivo transversal.
LÉLIS; et al, 2010	Promoção da saúde e o enfermeiro frente à dor do recém-nascido na unidade neonatal: estudo exploratório descritivo	Analisar a percepção dos enfermeiros acerca da dor do RN através das escalas VAS e PIPP durante a punção venosa.	Estudo exploratório-descriptivo e observacional.
LEMOS; et al, 2010	Manejo de dor no recém-nascido: revisão da literatura	Descrever a evolução dos conceitos de dor no recém-nascido e as atuais medidas utilizadas para o seu controle.	Pesquisa bibliográfica de natureza descritiva, baseada em revisão livre da literatura.
SILVA; SILVA, 2010	Escalas de avaliação da dor utilizadas no recém-nascido. Revisão sistemática	Proceder a uma revisão sistemática actualizada das escalas de avaliação clínica da dor no RN em função da idade de gestação, duração do episódio doloroso e tipo de indicador.	Pesquisa bibliográfica.

Os estudos publicados foram das áreas da saúde, Enfermagem e da Medicina Pediátrica. Com relação ao ano de publicação têm-se, quatro em 2010, cinco em 2011, três em 2012, dois em 2014 e um em 2015.

Das revistas de cunho nacional onde foram publicados os estudos tem-se: Revista Brasileira de Enfermagem, Texto & Contexto Enfermagem, Revista Gaúcha de Enfermagem, Revista Paulista de Pediatria, Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Acta Médica Portuguesa, Online Brazilian Journal of Nursing, Revista de Enfermagem Referência, Revista Brasileira de Terapia Intensiva, Revista Cuidarte, Revista de enfermagem UFPE on line e e-Scientia.

Os temas abordados nos artigos tratam de assuntos relacionados ao manejo da dor no recém-nascido realizados pela enfermagem e outros profissionais da saúde, identificação e avaliação da dor no RN, percepção da equipe de enfermagem na UTIN, escalas de avaliação da dor em RN, intervenções não farmacológicas no controle da dor, uso de soluções adocicadas no alívio da dor em RN, benefícios e limitações da utilização da glicose no tratamento da dor e sucção não nutritiva como uma tecnologia de enfermagem.

5 DISCUSSÃO

Analisando as características dos estudos selecionados para esta revisão, percebe-se que a dor neonatal ainda é negligenciada pela equipe de enfermagem e por outros profissionais da saúde. Em alguns serviços as equipes de enfermagem ainda não utilizam as escalas para a avaliação do processo de reconhecimento da dor, bem como não há protocolos assistenciais que vislumbrem a dor como um dos parâmetros vitais a serem avaliados. Com isso a avaliação e a implementação no manejo da dor é de forma empírica, não sistematizada e sem evidências científicas pautadas nas escalas de avaliação da dor.

O choro foi um dos sinais mais abordados para esta avaliação, de forma empírica, pois este é um dos meios pelo qual o RN consegue expressar desconforto e dor, mas segundo Santos, Ribeiro e Santana (2012), o choro na maioria das vezes não pode ser considerado como indicador clínico de dor, pois se pode apresentar devido a sensação de fome, angústia, cólicas abdominais, sono, uso de dispositivos neonatais como sondas e acessos venosos. Ele isoladamente é pouco específico como marcador na avaliação da dor e cerca de 50% dos RNs pré-termo não choram frente a um estímulo doloroso (BRASIL, 2014).

Identificou-se que mesmo as enfermeiras possuindo pós-graduação em neonatologia a interpretação da dor utilizando instrumentos foi considerada inadequada e que por sua vez podem realizar intervenções insatisfatórias para o alívio da mesma. Diante disso faz-se necessário que a equipe de enfermagem aperfeiçoe seus conhecimentos sobre esse fenômeno, no intuito de melhorar a forma de avaliação e uso adequado do instrumento e que as medidas não farmacológicas sejam implantadas e utilizadas, proporcionando a minimização do sofrimento e da dor no RN.

É importante saber que, o RN pré-termo é mais sensível à dor em relação ao RN a termo e muito mais do que o adulto e a maioria dos procedimentos ocorre nos bebês de menor idade gestacional e na primeira semana de vida (BRASIL, 2014).

Em um dos artigos foi realizada uma Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), trata-se de uma modalidade de pesquisa proposta por enfermeiras em 1999 e vem sendo utilizada de modo crescente na enfermagem, que é fundamentada na identificação de que os problemas de pesquisa surgem da prática profissional, no seu ambiente de trabalho e visa identificar pontos vulneráveis ou perceber potencialidades que auxiliem para a proposta de soluções adequadas e dirigidas a um contexto específico, seja na assistência, na educação ou na gerência (REIBNITZ; et al, 2012).

Esta pesquisa ocorreu no Hospital Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) na Unidade de Neonatologia, com a equipe de enfermagem visando construir uma proposta de protocolo de cuidados no manejo do desconforto e da dor no RN, com intuito de organizar as ações da equipe de enfermagem com medidas não farmacológicas, pondo em prática a sistematização da assistência, minimizando o risco de sequelas. Foi feita uma listagem dos procedimentos invasivos dolorosos, acrescentou-se as condutas a serem realizadas antes/durante o procedimento e a justificativa pela qual estavam sendo realizadas tais condutas (CORDEIRO; COSTA, 2014).

Este protocolo deveria ser adotado juntamente com o uso das escalas de avaliação da dor em todas as unidades de neonatologia, pois é uma ferramenta clínica de baixo custo, alto impacto na identificação da dor e essencial para a redução de sequelas e melhor qualidade de vida do RN e família. Portanto é de grande relevância que a equipe de enfermagem conheça os mecanismos fisiopatológicos que envolvem o fenômeno da dor no neonato, com o intuito de se conscientizarem da importância desta para a avaliação e tratamento de excelência.

Com relação ao não reconhecimento da dor como uma variável vital, um estudo realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital público da cidade de Feira de Santana-BA, apresentou como resultados que 100% dos entrevistados acreditavam que o RN sente dor, 83,3% reconheciam a dor como sinal vital, 58,4% não conheciam as escalas e 70,8% não utilizavam as escalas, logo uma quota de 16,7% dos profissionais que não reconheciam a dor como uma variável vital é preocupante devido a uma contribuição de iatrogenias no cuidado ao RN pré-termo e a termo, onde a realização de procedimentos dolorosos poderá ser realizada sem as devidas intervenções (SANTOS; et al, 2012).

Com relação às escalas multidimensionais os artigos trazem que as mais estudadas são: Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) (Anexo A) Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (NFCS) (Anexo B) e a Premature Infant Pain Profile (PIPP) (Anexo C), onde os principais parâmetros utilizados são os comportamentais e os fisiológicos, avaliados por pontuação (escores), onde o valor vai determinar o grau de dor.

A escala NIPS avalia a expressão facial, o choro, o padrão respiratório, a movimentação de membros e o estado de consciência/vigília, podendo ser utilizada em RNs pré-termo e de termo. O escore total pode variar de 0 a 7, onde 0 sem dor, 1-2 dor fraca, 3-5 dor moderada e 6-7 dor forte (CARVALHO; CARVALHO, 2012).

A escala NFCS tem como indicadores: fronte saliente, fenda palpebral estreitada, sulco nasolabial aprofundado, boca aberta, boca estirada (horizontal ou vertical), língua tensa,

protrusão da língua e tremor de queixo, pode ser utilizada em RNs pré-termo e de termo. O escore tem pontuação máxima de 8 pontos, sendo considerado dor ≥ 3 (CARVALHO; CARVALHO, 2012).

A escala PIPP avalia a dor por sete indicadores: idade gestacional, estado de alerta, frequência cardíaca, saturação de oxigênio, fronte saliente, olhos franzidos e sulco nasolabial, esta é mais complexa e exige pelo menos 45 segundos de observação, avaliam a presença ou ausência de dor e não a intensidade. O escore superior a 12 indica dor, pode ser utilizada em RNs pré-termo e de termo (SILVA; SILVA, 2010).

Estas escalas multidimensionais para avaliação da dor utilizam indicadores comportamentais, fisiológicos e contextuais, de maneira isolada ou combinada, pois como a comunicação do RN se manifesta de forma não verbal a apresentação de alterações nestes indicadores vão nortear a atitude do enfermeiro frente à dor.

Um dos artigos de revisão realizado por Alves, et al (2011) apresenta a intensidade da dor no período neonatal e o tipo de estratégia a ser utilizada, visto que em dores intensas e prolongadas são indicadas as medidas farmacológicas, onde se utiliza opióides, antiinflamatórios não esteroidais e anestésicos locais, nas dores agudas provocadas por procedimentos menores (ex: punção venosa, coleta de sangue e aspiração) as medidas utilizadas são as não farmacológicas, cuja eficácia em curto prazo e boa tolerância são reconhecidas, a utilização de ambas potencializam o efeito que possuem para o alívio da dor.

O uso das intervenções não farmacológicas tem como objetivo principal prevenir a intensificação do fenômeno doloroso, a desorganização do RN, o estresse e a agitação, diminuindo as repercussões da dor (LEMOS; et al, 2010).

Identificou-se em um estudo realizado no hospital público de Feira de Santana-BA que o uso de medidas não farmacológicas são utilizadas empiricamente, sem a avaliação prévia da dor, onde percebe-se uma preocupação com o conforto e o bem estar do RN, sendo implementadas medidas que aliviam o desconforto como a diminuição da luminosidade ambiental cobrindo a incubadora com mantas, redução do manuseio e do barulho e as medidas não farmacológicas no alívio da dor (SANTOS; RIBEIRO; SANTANA, 2012).

De acordo com Lélis, et al (2011) pesquisas científicas revelaram a efetividade do uso de medidas não farmacológicas, onde seus resultados apresentaram que as alterações no RN foram amenizadas ou restabelecidas, propiciando conforto físico e psicológico.

Em relação à realização dos cuidados e procedimentos no RN, Cordeiro e Costa (2014) descrevem ser essencial a execução ser realizada sempre por duas pessoas, deixando

uma pessoa dando suporte contínuo ao RN e que os cuidados de rotina devam ser agrupados de acordo com a tolerância do RN, não significando que todos os procedimentos sejam de uma única vez, pois esse agrupamento pode trazer consequências prejudiciais ao pré-termo.

Em concordância Alves, et al (2011) e Carvalho e Carvalho (2012) apresentaram o uso dos métodos não farmacológicos como intervenções da equipe de enfermagem frente à dor no RN de forma efetiva, destas foram citadas como as estratégias mais utilizadas a solução oral de glicose, sucção não nutritiva, amamentação, contato pele a pele (método canguru), contenção facilitada, ninho, enrolamento, toque e ambiente tranquilo.

A solução oral de glicose está dentre as soluções mais estudadas e por apresentar melhor efeito analgésico, ainda não está completamente definido e merecem novas investigações sobre possíveis efeitos colaterais, mas sua eficácia é bem aceita pela comunidade científica (MARCATTO; et al, 2011).

Sobre seu efeito analgésico a administração da solução direta sobre a língua do RN cerca de 2 minutos antes do procedimento está presente em quatro artigos, onde ocorre a liberação de opióides endógenos que bloqueiam os caminhos da dor, deixando-os calmos antes dos procedimentos, reduzindo sua reação à dor. A concentração recomendada é de 25% com volume de 0,5 ml para RNs entre 27 e 31 semanas, 1 ml para RNs entre 32 e 36 semanas e 2 ml para RNs com 37 semanas de idade gestacional, ofertar 2 minutos antes e 1 a 2 minutos depois do procedimento, não é indicado em dose única e por sonda orogástrica (MOTTA; CUNHA, 2015).

Para a utilização deste recurso é necessário que a via oral não esteja contraindicada, algumas complicações foram raramente mencionadas e incluem náuseas, vômitos, distensão abdominal, quedas esporádicas de saturação de oxigênio, hiperglicemia, a enterocolite necrosante foi mencionada por Marcatto, et al (2011) e Motta e Cunha (2015) que contraindicaram seu uso.

Segundo Cordeiro e Costa (2014) RNs com peso de 1.000 gramas ou menos o uso da solução oral de glicose é contraindicada por não possuírem reflexo de sucção e não coordenarem a deglutição/respiração, com isso é indicada a contenção facilitadora para estes RNs.

A realização da sucção não nutritiva é uma das medidas mais frequentemente utilizadas pela equipe de enfermagem na UTIN, pois por ser um reflexo natural do neonato ela promove conforto, inibe a hiperatividade, diminui a dor, aumenta a oxigenação, melhora

as funções respiratórias e gastrintestinais, diminui a frequência cardíaca e o gasto energético, promovendo conforto, calma e analgesia (OLIVEIRA; et al, 2011).

Quando a sucção nutritiva é associada à solução oral glicosada ocorre um sinergismo podendo resultar numa melhor resposta a dor. A forma de realização é através da introdução do dedo mínimo enluvado na cavidade oral do RN (ANTUNES; NASCIMENTO, 2013).

O método da amamentação também proporcionou um efeito positivo em alívio à dor aguda além de proporcionar vínculo do RN com a mãe, o alívio da dor é potencializado quando associado a outros métodos (MOTTA; CUNHA, 2015).

O contato pele a pele (método canguru) é um componente indispensável no manejo da dor em RNs clinicamente estáveis e com idade gestacional acima de 30 semanas, é indicado que seja iniciado antes e mantido durante e após o procedimento, pois reduzem sinais fisiológicos e comportamentais de dor. A forma de acomodar o RN requer que ele esteja rigorosamente em posição vertical amarrado sobre seu tórax ou diagonal elevada, entre as mamas, despido, cabeça lateralizada, membros superiores flexionados, aduzidos com cotovelos próximos ao tronco e membros inferiores flexionados e aduzidos (BRASIL, 2014).

A contenção facilitada é outro método que promove redução da dor, a contenção firme, mas elástica envia ao sistema nervoso central um fluxo contínuo de estímulos que podem disputar com os estímulos dolorosos modulando a percepção da dor e facilitando a autorregulação em procedimentos dolorosos de menor intensidade. Os membros do RN são colocados junto ao tronco com a flexão das extremidades e alinhado, posicionados em direção à linha média, próximos do tronco e da face, em decúbito lateral ou supino. Segundo o Manual do Método Canguru Brasil (2014) esta pode ser benéfica para o prematuro, atenuando suas respostas ao fenômeno da dor.

O ninho também é outra forma de acalmar o RN, esta o contém dentro do mesmo, denominado útero artificial que pode ser improvisado para favorecer a sua organização comportamental (SANTOS; RIBEIRO; SANTANA, 2012).

O enrolamento deverá ser utilizado em RNs clinicamente estáveis e devidamente monitorados, a estimulação afável e constante que o enrolamento propicia aos receptores proprioceptivos, táteis e térmicos fornece poderosos estímulos que podem competir com o estresse e a dor, este torna-se mais efetivo quando realizado antes do procedimento (MOTTA; CUNHA, 2015).

O toque apresenta efeitos positivos imediatos com a diminuição do nível de atividade motora e do desconforto comportamental, permitindo um sono profundo. Consiste na

colocação das mãos paradas sobre o corpo do bebê, uma mão envolve a cabeça e a outra os pés, usando toque firme e com pressão constante (BRASIL, 2014).

Percebe-se que existem diversas maneiras de promover conforto e alívio da dor no RN, sendo estas medidas de baixo custo, mas que necessitam ser implantadas em protocolos assistenciais para uma melhor qualidade na assistência em enfermagem neonatal, tornando esta menos empírica e mais humanizada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desta forma, os estudos evidenciaram que o conhecimento dos profissionais de enfermagem quanto à avaliação e manuseio do fenômeno da dor ainda ocorre de forma empírica e não sistematizada, havendo a necessidade de educação permanente e a construção de protocolos assistenciais para uma melhor prevenção e tratamento deste.

Por ser um evento subjetivo e pela não verbalização da dor os profissionais deverão estar atentos as alterações comportamentais e fisiológicas que o recém-nascido apresenta frente ao estímulo doloroso para estabelecer assim um correto diagnóstico e intervenção, retardando alterações na sua condição orgânica.

Percebe-se a necessidade da inclusão das escalas de avaliação da dor nas unidades neonatais para a identificação precoce e tratamento adequado minimizando as sequelas que um estímulo algico pode acarretar.

Vale salientar a importância da redução da manipulação, o respeito do sono /vigília, a realização de procedimentos eletivos durante o dia, usar técnicas com perícia e delicadeza, escolher criteriosamente o material e manter o ambiente tranquilo evitando assim o desconforto e estresse para o RN.

Sugere-se que as unidades neonatais elaborem e implementem protocolos para a avaliação da dor, de forma a nortear a assistência prestada de maneira eficiente e humanizada utilizando os métodos de intervenção não farmacológicos, garantindo a excelência do cuidado e a segurança do paciente evitando possíveis danos devido a exposição prolongada a dor.

Em virtude do que foi mencionado ao se acreditar que identificar e avaliar a dor são questões que fazem parte do cuidado da enfermagem, percebe-se que a identificação e manejo da dor envolvem ações humanitárias e éticas do profissional, sendo necessárias mudanças nos paradigmas com relação a estes processos, onde devem ser visto os aspectos científicos, críticos e reflexivos para que o cuidado possa ser realizado não como uma técnica, mas como uma tecnologia de enfermagem.

7 REFERÊNCIAS

- 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 Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2011 dez; 32(4): 788-96.
- ALVES FB, FIALHO FA, DIAS IMAV, AMORIM TM, SALVADOR M. Dor neonatal: a percepção da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Cuidarte*, vol. 4, n. 1, p. 510-515, 2013.
- ANTUNES JCP, NASCIMENTO MAL. A sucção nutritiva do recém-nascido prematuro como uma tecnologia de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2013 set-out; 66(5): 663-7.
- BATALHA LMC. Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista de Enfermagem Referência. III Série - n.2 - 2010.*
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru. Manual técnico, Brasília (DF): MS; 2014.
- CARVALHO CG, CARVALHO VL. Manejo clínico da enfermagem no alívio da dor em neonatos. *E-Scientia*, Belo Horizonte, vol. 5, n. 1, p. 23-30, 2012.
- CORDEIRO RA, COSTA R. Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2014 Jan-Mar; 23(1): 185-92.
- LÉLIS ALPA, FARIAS LM, CIPRIANO MAB, CARDOSO MVLML, GALVÃO MTG, CAETANO JA. Cuidado humanístico e percepções de enfermagem diante da dor do recém-nascido. *Esc Anna Nery (impr.)* 2011 out-dez; 15 (4): 694-700.
- LÉLIS ALPA, FARIAS LM, REBOUÇAS CBA, CARDOSO MVLML. Promoção da saúde e o enfermeiro frente à dor do recém-nascido na unidade neonatal: estudo exploratório descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 9, n. 2, 2010.

LEMOS NRF, CAETANO EA, MARQUES SM, MOREIRA DS. Rev enferm UFPE on line, 2010 maio./jun.; 4 (esp): 972-79.

MAIA ACA, COUTINHO SB. Fatores que influenciam a prática do profissional de saúde no manejo da dor do recém-nascido. Rev Paul Pediatr 2011; 29(2): 270-6.

MARCATTO JO, TAVARES EC, SILVA YP. Benefícios e limitações da utilização da glicose no tratamento da dor em neonatos: revisão da literatura. Rev Bras Ter Intensiva. 2011; 23(2): 228-237.

MELO GM, LÉLIS ALPA, MOURA AF, CARDOSO MVLML, SILVA VM. Escalas de avaliação de dor em recém-nascidos: revisão integrativa. Rev Paul Pediatr 2014; 32(4): 395-402.

MENDES KDS, SILVEIRA RCCP, GALVÃO CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

MOTTA GCP, CUNHA MLC. Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. Rev Bras Enferm. 2015 jan-fev; 68(1): 131-5.

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 (impr.) 2011 abr-jun; 15(2): 277-283.

REIBNITZ KS, PRADO ML, LIMA MM, KLOH D. Pesquisa convergente-assistencial: estudo bibliométrico de dissertações e teses. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3): 702-7.

SANTOS LM, PEREIRA MP, SANTOS LFN, SANTANA RCB. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Enferm, Brasília 2012 jan-fev; 65(1): 27-33.

SANTOS LM, RIBEIRO IS, SANTANA RCB. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Enferm, Brasília 2012 mar-abr; 65(2): 269-75.

SILVA TP, SILVA LJ. Escalas de avaliação da dor utilizadas no recém-nascido Revisão sistemática. Acta Med Port. 2010; 23(3): 437-454.

ANEXO A - 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	Alteração	-
Braços	Relaxados	Fletidos/estendidos	-
Pernas	Relaxadas	Fletidas/estendidas	-
Estado de consciência	Dormindo/calmo	Desconfortável	-

Fonte: Carvalho e Carvalho, 2012

ANEXO B - Sistema 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
Boca estirada (horizontal ou vertical)	Ausente	Presente
Língua tensa	Ausente	Presente
Protrusão da língua	Ausente	Presente
Tremor de queixo	Ausente	Presente

Fonte: Carvalho e Carvalho, 2012

ANEXO C - Premature Infant Pain Profile (PIPP)

Indicadores	0	1	2	3
IG em semanas	≥ 36	32-35 e 6 dias	28-31 e 6 dias	< 28
Observar o RN por 15 segundos				
Estado de alerta	Ativo Acordado Olhos abertos Movimentos faciais	Quieto Acordado Olhos abertos Sem mímica facial	Ativo Dormindo Olhos Fechados Movimentos faciais	Quieto Dorme Olhos fechados Sem mímica facial
Frequência cardíaca	↑ 0 - 4 bpm	↑ 5 - 14 bpm	↑ 15 - 24 bpm	↑ ≥ 25 bpm
Saturação de oxigênio mínima	↓ 0 - 2,4%	↓ 2,5 - 4,9%	↓ 5,0 - 7,4%	↓ ≥ 7,5%
Observar o RN por 30 segundos				
Testa franzida	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10 a 39% do tempo)	Moderado (40 a 69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
Olhos cerrados	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10 a 39% do tempo)	Moderado (40 a 69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
Aprofundamento do sulco nasolabial	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10 a 39% do tempo)	Moderado (40 a 69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)

Fonte: Silva e Silva, 2010