

ARTIGO ORIGINAL

Identificação e avaliação da percepção dos profissionais de enfermagem em relação a dor/desconforto do recém-nascido

Identification and evaluation of sense of professional nursing in relation to pain / discomfort of newborns

Jéssica Barana Rodrigues¹, Dóris Silva Barbosa de Souza², Alexandre Lins Werneck³

¹Enfermeira, Discente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP

²Enfermeira, Professora da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP

³Tradutor, Professor Doutor da Disciplina de Inglês Instrumental do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP

Resumo

Introdução: Apesar dos grandes avanços na questão da clínica da dor, compreende-se que existe uma grande falha no reconhecimento, quando se trata de cuidados em neonatos. **Objetivo:** Analisar o conhecimento dos profissionais da enfermagem no processo de identificação, avaliação e atuação no controle da dor em recém-nascidos internados em três Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, com a finalidade de obter mais subsídios para o planejamento da assistência. **Casuística e Métodos:** Utilizamos o método de pesquisa qualitativa do tipo análise de conteúdo, realizado por entrevistas semiestruturadas aplicadas a 29 profissionais da área de enfermagem que atuam na UTI Neonatal I, II e III do Hospital de Base de São José do Rio Preto, no período de 01 à 20 de setembro de 2013, e a análise dos dados foi realizada segundo referencial teórico de Bardin. **Resultados:** Os resultados indicam que o choro, as expressões faciais, a linguagem corporal e as alterações psicológicas foram usados como parâmetros para indicações de estímulo doloroso em recém-nascidos. **Conclusão:** Apesar de perceberem o importante significado da análise de dor, os profissionais ainda não utilizam escalas para este processo, e também não há padronizado medidas não farmacológicas para amenização.

Descritores: Dor; Recém-nascido; Avaliação; Enfermagem.

Abstract

Introduction: Despite the breakthrough in the clinical issue of pain, it is known that there is a major flaw in recognizing it when discussing about caring of newborns. **Objective:** To analyze the knowledge of nursing professionals in the process of identifying, evaluating, and acting in pain management in hospitalized infants at three Neonatal Intensive Care Units, in order to get more information for assistance planning. **Patients and Methods:** This is a qualitative research using a content analysis method according to Bardin's theory, accomplished by semi-structured interviews. These were carried out with 29 nursing professionals working at three Neonatal Intensive Care units, at Hospital de Base de São José do Rio Preto. This research was carried out on 1st-20th September 2013. **Results:** The results indicate the use of crying, facial expression, body language, and physiological changes as parameters to painful stimulus indications in the neonate. **Conclusion:** Despite considering the evaluation of pain on newborns as an important subject, most of the nursing professionals still do not use scales for this kind of evaluation, as well as there are no standard medicines to ease pain.

Descriptors: Pain; Infant, Newborn; Evaluation; Nursing.

Introdução

Vivenciamos uma época em que não mais se acredita que os recém-nascidos (RN) não possam sentir dor. Com auxílio de desenvolvimentos tecnológicos e científicos e pesquisas das últimas décadas, pudemos compreender mecanismos anatômicos, fisiológicos e comportamentais presentes desde a vida intrauterina que confirmam a existência de sinais dor em neonato⁽¹⁻⁴⁾.

Estímulos dolorosos desencadeiam em neonatos uma resposta global ao estresse, podendo incluir alterações a nível cardiovascular, respiratório, imunológico, hormonal, comportamental, entre outros, além das consequências em maior prazo, que podem abranger o comprometimento do crescimento, desenvolvimento, diminuição do limiar da dor e hiperalgesia⁽⁵⁻⁶⁾.

Recebido em 18/06/2015

Aceito em 21/09/2015

Não há conflito de interesse

Ainda existe dificuldade da análise de dor nos neonatos, pois estes pacientes não verbalizam a dor que sentem, mas exprimem essa dor de modo próprio. Como são incapazes de emitir som, sua forma de se expressar é por comportamento⁽⁷⁻⁸⁾ e nossa equipe deve saber reconhecer e interpretar os sinais mostrados pelo recém-nascido após um estímulo estressante ou doloroso⁽⁹⁾. Dentre os padrões fisiológicos da dor, os mais utilizados para avaliação são: elevação da frequência respiratória e cardíaca, da pressão arterial e a redução da saturação de O₂. Observam-se alterações similares após um estímulo nociceptivo ou estímulo desagradável, mas não doloroso. As modificações mais específicas para analisar o estímulo doloroso no indivíduo pré-verbal são as comportamentais, as quais compreendem o choro; as mímicas faciais; acentuação do sulco nasolabial; os lábios entreabertos; o tremor do queixo; a movimentação corporal, a diminuição do contato visual e auditivo e a manutenção do estado de vigília⁽¹⁰⁾. Os neonatos submetidos a estímulos dolorosos são os prematuro e gravemente enfermo, que necessitam de cuidados complexos e procedimentos invasivos e por isso são internados em UTI Neonatal⁽¹¹⁾. Esta unidade precisa ser bem gerenciada, estruturada e organizada para a realização de procedimentos em nossa rotina diária⁽¹²⁻¹³⁾.

Para facilitar a prática clínica, foram elaboradas escalas de avaliação da dor em neonatos, as mais utilizadas são: Sistema de Codificação de Atividade Facial Neonatal – *Neonatal Facial Actions Coding System* (NFCS); Escala de Avaliação de Dor – *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS); Perfil de Dor do Prematuro – *Premature e Infant Pain Profile* (PIPP) e o Escore para Avaliação da Dor Pós Operatória no Recém-Nascido – *Crying Requires O₂ for Saturations above 90% Increased Vital Signs, Expression and Sleeplessness* (CRIES). Estas escalas em geral avaliam respostas biológicas, fisiológicas e/ou comportamentais que juntas constituem a resposta mais específica aos procedimentos dolorosos exibidos pelos recém-nascidos⁽¹⁴⁾. Ao tratar desse fenômeno doloroso dos neonatos, a atuação da equipe possui como importante aliado o saber manejar clinicamente a dor em neonatos, através de abordagem terapêutica, farmacológica ou não. No entanto, estratégias de tratamento sem uma análise sistemática da dor não podem ser consideradas adequadas nem mesmo eficazes⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Esta pesquisa tem o objetivo de analisar o conhecimento dos profissionais da enfermagem no processo de identificação, avaliação e controle de sinais de dor em recém-nascidos internados em três Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, tendo a finalidade de obter mais subsídios para o planejamento da assistência.

Casuística e Métodos

Estudo do tipo descritivo e exploratório, o método utilizado foi o de pesquisa qualitativa, que pode ser caracterizada como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados. Neste trabalho foi utilizado o método de análise de conteúdo, dando atenção especial às questões apontadas pelo entrevistado abertamente por meio do questionário aplicado.

Foram incluídos na pesquisa os profissionais da área de enferma-

gem que atuam na UTI neonatal I, II e III do Hospital de Base de São José do Rio Preto nos três turnos, manhã, tarde e noite que aceitaram participar. Para a obtenção dos dados foi utilizada como técnica a entrevista semiestruturada, transcrita pela própria pesquisadora, deixando o entrevistado livre para trazer conteúdos além do questionado. Considerando tais pressupostos, elaboramos um roteiro que norteou as entrevistas, sendo ele composto de duas partes, uma destinada aos dados de caracterização dos sujeitos (sexo, idade, categoria e tempo de experiência) e outra composta pelas seguintes questões norteadoras:

1. Como o senhor (a) identifica um sinal de dor no RN?
2. Quais as medidas que o senhor (a) costuma tomar após perceber algum indício de dor em um RN?
3. O senhor (a) considera conhecer as escalas utilizadas para avaliação de dor em RN?
4. Já aplicou alguma delas em algum paciente? Se sim, quantas vezes e qual foi.
5. Gostaria de fornecer mais algumas informações complementares em relação ao tema?

A coleta dos dados ocorreu entre os dias 01 à 20 de setembro de 2013. Os critérios de inclusão foram os profissionais de enfermagem de maneira geral, que trabalham na UTI neonatal I, II ou III do Hospital de Base de São José do Rio Preto, em um dos turnos, manhã, tarde, noturno par ou noturno ímpar, e que aceitaram participar da pesquisa. Os critérios de exclusão são os profissionais em férias no período de coleta ou que se ausentaram neste período por algum outro motivo.

As entrevistas foram trabalhadas por meio da Análise de Conteúdo tendo como referencial a teoria de Bardin, na qual, a análise de conteúdo é um conjunto de verificações das informações semelhantes, visando obter descrição do conteúdo e interpretação detalhada do material.

A realização desta pesquisa somente foi iniciada após obtenção de parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) Parecer nº 358.143, respeitando a resolução 466/12. Estudo ocorreu com os profissionais da enfermagem da UTI Neonatal do Hospital de Base de São José do Rio Preto. Todos os sujeitos participantes tiveram todos os esclarecimentos do conteúdo da pesquisa verbalmente e, após aceitarem participar, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados e Discussão

Quanto à caracterização dos sujeitos da pesquisa, de um total de 29, oito eram enfermeiros, 18 técnicos de enfermagem e três auxiliares. A idade varia entre 22 e 54 anos. Quanto ao sexo, 28 eram mulheres e um homem. O período de experiência relatado pelos participantes variou de sete meses a 24 anos. A pesquisa foi realizada em três UTIs neonatais do Hospital de Base de São José do Rio Preto/SP.

Para a análise dos resultados, utilizou-se o referencial teórico de Bardin, sendo que emergiram as seguintes categorias das falas dos profissionais: identificação da dor no recém-nascido, medidas tomadas após avaliar a presença de dor no RN, conhecimento sobre escalas utilizadas para avaliação da dor em recém-nascido e aplicação de escalas de dor.

Identificação da dor no recém-nascido

Conforme a análise dos resultados obtidos nas entrevistas semiestruturadas previamente aplicadas, podem-se destacar em nosso estudo, variáveis comuns na maioria das respostas. Quando se perguntou sobre como o participante identifica um sinal de dor no RN, se obteve citados várias vezes o choro: *Choro inconsolável; Choro; Muito choro; Choro forte*. Em comparação com outro estudo, os autores também relataram o choro como um dos principais parâmetros clínicos de avaliação do processo doloroso no neonato pré-termo. Porém, o choro para o RN é uma das maneiras de comunicação rotineira e se manifesta quando há algum desconforto, podendo ou não ser uma reação dolorosa, portanto isoladamente, não podemos considerar o choro como indicativo da dor. Uma diferença observada nesse mesmo estudo em relação ao choro, é que quando ele é causado pela dor, ocorre uma fase expiratória mais prolongada, tem durabilidade aumentada, e é de difícil controle⁽¹⁵⁾.

Em nosso estudo, os entrevistados, também apontaram a expressão facial como indicativo de sinais de dor no RN: *expressão facial; face de dor; fisionomia; características da face; face espremida; tremor no queixo; afeição do rosto; sinais na face*. Em um estudo realizado com dez participantes de uma instituição pública da Bahia, com o objetivo de analisar os padrões utilizados para análise de dor nos RN prematuros, os profissionais também apontaram a utilização da expressão facial como indicativo de dor, o que corrobora o nosso estudo⁽¹⁵⁾. Em outro estudo, foi observado que em 95% dos procedimentos dolorosos, os recém-nascidos apresentaram alterações da mímica facial, especialmente testa franzida e olhos espremidos, o que nos indicam que há dor⁽¹⁷⁾.

A expressão corporal também foi um sinal muito citado em nosso estudo para analisar a dor do RN: *contorções musculares; agitação; inquietação; irritação; expressão corporal; posição desconfortável; movimentação de braços, pernas e corpo*. Podemos destacar a semelhança com a literatura, em um estudo no qual encontramos a mesma fala ressaltando a agitação motora do RN: [...] *Na agitação do bebê, taquipneia, hiperatividade [...]*. Os profissionais observam o processo doloroso, principalmente, analisando alterações comportamentais do neonato, destacando os movimentos corporais, uma das maneiras que o mesmo se expressa, dentre elas o choro, resposta motora e irritabilidade⁽¹⁵⁾.

Em resposta à pergunta de identificação de presença de sinais da dor no recém-nascido, tivemos em nosso estudo muitas vezes citado a alteração fisiológica, sendo elas: *Taquicardia; Alteração dos sinais vitais e Queda de saturação*. Porém em discordância com outro estudo, que teve como objetivo comparar reações fisiológicas com as comportamentais foi observado divergência nos resultados, pois quando avaliado o comportamento resultava em presença de dor, e quando avaliados variáveis fisiológicas não apresentou alterações significantes. Portanto não podemos considerar estes indicativos fisiológicos isoladamente como uma base de análise da dor, pois os mesmos estão existentes em inúmeras condições de quadro clínicos dos recém-nascidos internados⁽¹⁸⁾.

Dentre os 29 participantes de nosso estudo, somente 1 citou a

utilização de escalas de dor como reconhecimento da mesma e também pode-se perceber a utilização inadequada da mesma, pois é usada somente se necessário. *Pelo choro e afeição do rosto, se achar necessário escala de dor*. A necessidade de detecção de sinais de dor em neonatos é percebida pela equipe, contudo, não se é utilizado escalas para avaliar este processo, e ainda não existe uma padronização do sintoma de dor como o quinto dos sinais vitais a serem avaliados, que necessita ser avaliado conforme o Procedimento Operacional Padrão (POP) de serviço da instituição.

Medidas tomadas após avaliar a presença de dor no RN

Quando foi questionado a respeito das medidas que os participantes tomam assim que confirmam um sinal de dor, foram citadas várias vezes a utilização de sucção não nutritiva e uso de solução adocicada, como a glicose 25%: *colocar glicose em uma chupetinha; colocar chupeta com luva de algodão com glicose 25%; uso de glicose 25% para sucção de chupeta; glicose + chupeta; colocar glicose a 25%, algumas gotas na boca com auxílio da chupeta de luva; de início glicose 25%; analgesia com glicose a 5% na chupeta; utilizo 1 gota de glicose 25%; administro gotas de glicose a 25%; “coloco chupetinha com luva e algodão*. Ao analisar outro estudo realizado em uma instituição pública da Bahia, com o objetivo de descrever as intervenções realizadas para amenizar a dor no RN, encontramos semelhança a respeito do uso de sucção não nutritiva e solução adocicada como medidas não farmacológicas, o mesmo também afirma que ela inibe a hiperatividade e modula o desconforto, ajudando na organização neurológica e emocional do neonato, diminuindo a duração do choro e acalmando-o mais rapidamente, além de reduzir frequências cardíacas e respiratórias⁽¹⁵⁾.

Outro estudo de revisão, com o objetivo de avaliar evidências dos efeitos da solução adocicada como medida de controle de sinais de dor em neonatos prematuros comprova a eficácia das estratégias que não recorram à farmacologia como: sucção no peito materno, uso de solução adocicada oral e sucção não nutritiva para amenizar as reações dolorosas agudas causadas por procedimentos realizados em unidades, como punção venosa, de calcâneo, aspiração entre outros. Segundo esse mesmo trabalho “Quanto ao modo de administração e concentração dessas soluções, a *American Academy of Pediatrics (AAP)* e a *Canadian Paediatric Society (CPS)* recomendam uma dosagem de solução adocicada para a redução das respostas dolorosas em neonatologia de 0,012 a 0,12g (0,05 – 0,5 ml de glicose 25%).” Entretanto ainda não se tem definido o exato momento que esta solução deve ser oferecida, alguns estudos sugerem dois minutos antes do procedimento e um a dois minutos após. Já uma concentração maior (30%) apresenta um efeito analgésico mais elevado, porém apresenta alta toxicidade, aumentando o risco de enterocolite necrosante no RN prematuro⁽¹⁹⁾. Também foram citadas várias vezes pelos participantes de nosso estudo para amenizar a dor do RN, a questão do conforto e manipulação do mesmo: *diminuir a manipulação; colocar em posição de conforto; confirmar se RN está totalmente confortável; parar de manipular; posicionamento adequado; posicionar*

colocar mão forte e segura; mudança de decúbito; posição/acomodação” e organizar o RN no leito, de modo que fique confortável. Notamos nestas falas a preocupação do cuidador(a) quanto ao conforto do neonato. Encontramos na literatura 3 estudos que corroboram nossos resultados. Um desses estudos, cita a contenção do RN em um ninho chamado “útero artificial” promovendo sua organização comportamental⁽¹⁵⁾. Outro estudo relata a utilização do toque, massagem terapêutica, toque de pele com pele e o cuidado mãe canguru como medidas eficazes na redução das respostas dolorosas e na estabilidade fisiológica dos prematuros⁽¹⁹⁾. Já em outro, comprova que estímulos como o de tocar e envolver o bebê em um pano embebido em água morna auxilia no relaxamento e estabilidade do mesmo, pois como os receptores da dor estão na pele, essas abordagens físicas diluem o impacto dos nervos que transmitem a mensagem de dor⁽²⁰⁾.

A questão do conforto ambiental foi relatada em nosso estudo: *proporcionar ambiente tranquilo e com baixa luminosidade; promover ambiente calmo; diminuir a manipulação e os sons.* Nosso estudo corrobora estudo realizado em um hospital de Vitória (ES), que menciona a luminosidade, ruídos e movimentos constantes como estímulos ambientais estressantes⁽²¹⁾. E outro estudo indica que as ações de enfermagem devem ser voltadas para a diminuição de luminosidade do ambiente, como exemplo cobrir a incubadora, evitando o excesso de estímulos⁽¹⁵⁾. Falas condizentes com estímulos estressores foram muitas vezes citadas pelos participantes, em relação a eliminações fisiológicas e necessidade de alimentação: *verifico se o bebê está de xixi ou coco; trocar fralda (pode ser devido diurese e fezes); verifica se não está molhado; observar sinais de eliminações fisiológicas espontâneas; verificar se está limpinho (diurese e fezes); se está com fome; talvez pode estar perto do horário das dietas,* porém não são consideradas estímulos de dor e sim fatores estressantes, o que também se encaixa no desconforto do RN. Em concordância com outro estudo realizado, o choro pode ocorrer em razão de fome, agitação, sono, desconforto, entre outros, diante disso, confirmamos a necessidade dos profissionais avaliarem o real motivo do choro, pois nem sempre ele é um indicativo de dor⁽¹⁵⁾.

Muitas vezes foi citada a observação do acesso venoso periférico como um cuidado perante o estímulo de dor do RN: *se está com acesso venoso periférico perdido (infiltrado); se estiver com AVP confirmar se está tudo bem; verificar se o AVP não está infiltrado; em primeiro lugar observo acesso venoso (infiltração); checar AVP; verificar acesso venoso se está Ok.* A terapia intravenosa apesar de fornecer subsídios para a sobrevivência traz também complicações para o neonato, e é causa de grande parte da dor e desconforto do mesmo, sendo necessária atenção dobrada aos pacientes que fazem uso dessa terapia⁽²²⁾. Para tomada de decisão em relação ao controle de dor do RN, várias vezes foram citadas a questão de comunicar a equipe e medicar: *ver prescrição médica se tem medicação prescrita SN ou ACM; comunicar equipe médica, medicar CPM; “fazer medicação; comunicar a Doutora e enfermeira; ver medicação para dor; possibilidade de realizar analgesia; Chamar médica para avaliar e medicar; pode indicar medicação; medica-*

ção por ordem médica; por último medicá-lo; avaliar a necessidade de medicar; verificar se há medicação prescrita. Outro estudo destaca a necessidade da avaliação de dois profissionais distintos, sendo eles da categoria médica e de enfermagem, pois administrar uma medicação que está prescrita “a critério médico”, sem a real avaliação deste profissional infringe a lei do exercício profissional da enfermagem. Ressalta também a necessidade de não se apoiar em somente um método de avaliação da dor, pois cada criança tem seu modo de expressão e deve ser avaliada individualmente para melhor atender suas necessidades⁽²³⁾.

Informações complementares

Ao final das entrevistas, questionamos se os participantes gostariam de fornecer alguma informação complementar em relação ao tema, 24 responderam “não” e 5 complementaram dizendo: *Não sei se é protocolo de outras UTIs, mas na nossa estamos utilizando glicose 25% gotas e está dando certo; Novo método usado na nossa UTI neo para dor é glicose 25% apenas gotas VO; Não. A escala da dor só é utilizada em último caso; Não utilizo constantemente. O choro do RN é um sinal de que algo está errado. Porém medicação para dor na UTI neo só é realizado com ordem e avaliação médica; Estamos usando glicose 25% para analgesia; Atualmente, estamos utilizando glicose a 25% via oral como pré-analgesia.* Podemos avaliar por essas informações, a atuação correta para o controle da dor, com o uso da glicose, pois o poder analgésico da administração de soluções adocicadas é muito estudado e recomendado para neonatos em geral. Um estudo permitiu concluir que a administração oral de sacarose ao RN diminui a duração do choro e comportamentos, como expressão de caretas, do mesmo⁽¹⁹⁾.

Conclusão

Percebeu-se por este estudo que, a equipe consegue identificar a dor no RN prematuro, porém não é realizada de maneira padronizada, mas avaliada aleatoriamente pelo choro, expressão facial, corporal e alterações fisiológicas. Apesar de saberem a importância da análise de dor nos neonatos, os profissionais não fazem uso de escalas para essa ação que, nesse caso, funcionariam como um facilitador para a detecção da dor. Quanto ao que se refere à conduta da dor pela equipe, avaliou-se que as ações adotadas são compatíveis com a literatura, pois os profissionais conhecem os métodos alternativos e os benefícios que cada um pode proporcionar e, sabem identificar qual o melhor método para intensificar a melhoria da qualidade de vida do RNPT, e minimizar as sensações dolorosas. O neonato não verbaliza sua dor, então, depende da equipe identificar e intervir de forma correta, reduzindo seu sofrimento. Por meio deste estudo a equipe de enfermagem poderá voltar sua atenção à identificação da dor do RN de maneira sistematizada, incluindo-a como 5º sinal vital a ser avaliado mediante a rotina da prática hospitalar, identificando precocemente o estímulo doloroso e podendo agir de forma rápida e sistematizada, trazendo benefícios ao tratamento do neonato internado e proporcionando um cuidado humanizado.

Referências

1. Castral TC, Warnock FF, Ribeiro LM, Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. Fatores maternos influenciam a resposta à dor e ao estresse do neonato em posição canguru. *Rev Latinoam Enferm*. 2012;20(3):1-9.
2. Paixão MCS, Maranhão TA, Melo BMS, Vieira TS, Monteiro CFS. Percepção da equipe de enfermagem sobre a dor do RN. *Rev Interdisciplin NOVAFAPI*. 2011;4(2):16-20.
3. Falcão ACMP, Sousa ALS, Stival MM, Lima LR. Abordagem terapêutica da dor. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2012;2(1):108-23.
4. Klein VC, Gasparido CM, Linhares MBM. Dor, autorregulação e temperamento em recém-nascidos pré-termo de alto risco. *Psicol Reflex Crit*. 2011;24(3):504-12.
5. Veronez M, Corrêa DAM. A dor e o recém-nascido de risco: percepção dos profissionais de enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2010;15(2):263-70.
6. Santos LM, Pereira MP, Santos LFN, Santana RCB. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(1):27-33.
7. Pacheco STA, Silva AM, Lioi A, Rodrigues TAF. O cuidado pelo enfermeiro ao recém-nascido prematuro frente à punção venosa. *Rev Enferm UERJ*. 2012;20(3):306-11.
8. Melo GM, Lélis ALPA, Moura AF, Cardoso MVLML, Silva VM. Escalas de avaliação da dor em recém-nascidos: revisão integrativa. *Rev Paul Pediatr*. 2014;32(4):395-402.
9. Elias LSDT, Guinsburg R, Peres CA, Balda RCX, Santos AMN. Discordância entre pais e profissionais de saúde quanto à intensidade da dor no recém-nascido criticamente doente. *J Pediatr*. 2008;84(1):35-40.
10. 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.
11. Pereira CM, Porto F. Indicadores de qualidade em terapia intensiva neonatal: contribuição no gerenciamento do cuidado. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2010;2(2):723-34.
12. Gasparido CM, Martinez FE, Linhares MBM. Cuidado ao desenvolvimento: intervenções de proteção ao desenvolvimento inicial de recém-nascidos pré-termo: revisão. *Rev Paul Pediatr*. 2010;28(1):77-85.
13. Santos LM, Silva TPCC, Santana RCB, Matos KKC. Sinais sugestivos de dor durante a punção venosa em prematuros. *Rev Enferm UFSM*. 2012;2(1):1-9.
14. Lanza FC, Kim AHK, Silva JL, Vasconcelos A, Tsopanoglou SP. A vibração torácica na fisioterapia respiratória de recém-nascidos causa dor. *Rev Paul Pediatr*. 2010;28(1):10-4.
15. Santos LM, Ribeiro IS, Santana RCB. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(2):269-75.
16. Carvalho CG, Carvalho VL. Manejo clínico da enfermagem no alívio da dor em neonatos. *Rev E-Scientia*. 2012;5(1):23-30.
17. Araujo MC, Nascimento MAL, Christoffel MM, Antunes JCP, AliGomes VO. Aspição traqueal e dor: reações do recém-nascido pré-termo durante o cuidado. *Ciênc Cuid Saúde*. 2010;9(2):255-61.
18. Nicolau CM, Modesto KN, Priscila AK, Amaral H, Falcão MC. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro: parâmetros fisiológicos versus comportamentais. *Arq Bras Ciênc Saúde*. 2008;33(3):146-50.
19. 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*. 2011;32(4):788-96.
20. Vignochi C, Teixeira PP, Nader SS. Efeitos da fisioterapia aquática na dor e no estado de sono e vigília de recém-nascidos pré-termo estáveis internados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Bras Fisioter*. 2010;14(3):214-20.
21. Ramos FP, Enumo SRF, Paula KMPV, Schwanny RCRM. Concepções de funcionários de Utin sobre competências desenvolvimentais de recém-nascidos. *Psicol Teor Prát*. 2010;12(2):144-57.
22. Rodrigues EC, Cunha SR, Gomes R. «Perdeu a veia»: significados da prática da terapia intravenosa na unidade de terapia intensiva neonatal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(4):989-99.
23. Santos MZ, Kusahara DM, Pedreira MLG. Vivências de enfermeiros intensivistas na avaliação e intervenção para alívio da dor na criança. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(5):1074-81.
20. Vignochi C, Teixeira PP, Nader SS. Efeitos da fisioterapia aquática na dor e no estado de sono e vigília de recém-nascidos pré-termo estáveis internados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Bras Fisioter*. 2010;14(3):214-20.
21. Ramos FP, Enumo SRF, Paula KMPV, Schwanny RCRM. Concepções de funcionários de Utin sobre competências desenvolvimentais de recém-nascidos. *Psicol Teor Prát*. 2010;12(2):144-57.
22. Rodrigues EC, Cunha SR, Gomes R. «Perdeu a veia»: significados da prática da terapia intravenosa na unidade de terapia intensiva neonatal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(4):989-99.
23. Santos MZ, Kusahara DM, Pedreira MLG. Vivências de enfermeiros intensivistas na avaliação e intervenção para alívio da dor na criança. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(5):1074-81.

Endereço para correspondência: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP. Av. Brg. Faria Lima, 5147 - Vila Sao Jose, São José do Rio Preto - SP, 15090-000 *E-mail:* jessica.barana@hotmail.com
