

MÉTODOS NÃO-FARMACOLÓGICOS NO ALIVIO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO

NON-PHARMACOLOGICAL METHODS IN PAIN RELIEF IN THE NEWBORN

MÁRCIO RONI MATSUDA¹, MARIA DO ROSARIO MARTINS², MÁRIO DOS ANJOS NETO FILHO³, ALESSANDRA CRISTINA GOBBI MATTA⁴

1. Graduando em Enfermagem da Faculdade Ingá; 2. Enfermeira, Mestre e Doutoranda em Saúde Coletiva e Coordenadora do Curso de Enfermagem da faculdade Ingá; 3. Farmacêutico e Bioquímico, Mestre e Doutor em Farmacologia e Professor Adjunto da Disciplina de Farmacologia da Faculdade Ingá; 4. Graduada em Enfermagem, Especialista em Estratégia em Saúde da Família, MBA Gestão em Saúde e Auditoria e Docente da Faculdade Ingá.

* Rua Marçal Candido Siqueira 621, Jardim Monte Rei, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87083-685. mrmmdriatcm@msn.com

Recebido em 12/07/2013/2013. Aceito para publicação em 18/11/2013

RESUMO

A percepção da dor à vida deve ser avaliada e descrita como o quinto sinal vital. Recentes pesquisas mostraram que os elementos do sistema nervoso central, necessários para a transmissão do estímulo doloroso ao córtex cerebral, estão presentes em recém-nascido (RN) a termo e prematuros, podendo então a dor alterar sua estabilidade respiratória, cardiovascular e metabólica, comprometendo seu crescimento e desenvolvimento, aumentando assim os índices de morbimortalidade neonatais. Sendo assim, desenvolveram-se escalas multidimensionais, para analisar respostas comportamentais associadas a algumas respostas fisiológicas à dor; dentre as quais se destacam o Sistema de Codificação da Atividade Facial (SCAFN), a Escala de Avaliação de Dor (NIPS) e o Perfil de Dor do Prematuro (PIPP). Esta avaliação deve ser preocupação do enfermeiro, pois a identificação de sinais algícos e sua caracterização são ferramentas importantes para que este profissional prescreva medidas não farmacológicas de forma autônoma para o alívio da dor nos RNs tais como: contato pele a pele, sucção não nutritiva, água com açúcar, contenção, posicionamento e enrolamento. Desta forma, torna-se indispensável avaliar a dor e estabelecer intervenções adequadas para minimizar e/ou evitar efeitos prejudiciais no desenvolvimento do RN contribuindo para sua recuperação mais rápida e humanizada.

PALAVRAS-CHAVE: Dor, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, recém-nascido, Enfermagem neonatal, tratamento, métodos não-farmacológicos.

ABSTRACT

The perception of pain in life that should be evaluated and described as the fifth vital sign. Recent research showed that the elements of the central nervous system, necessary for transmitting the painful stimulus to the cerebral cortex, are present in term and preterm infants, RNs and then the pain change their respiratory, cardiovascular and metabolic stability, compromising their growth and development, thus increasing rates of neonatal morbidity and mortality. Therefore, multidimensional scales, developed to analyze Behavioral responses associated with some physiological responses to pain; among which stand out the Facial activity coding system (SCAFN), the pain rating scale (NIPS) and the Prema-

ture pain profile (PIPP). This assessment should be the nurse's concern, because the pain signals and its identification are important tools for characterization that these professionals to prescribe non-pharmacological measures of autonomic way to relieve pain in newborns such as: skin contact, nonnutritive sucking, sugar water, restraint, positioning, and winding. Thus, it's essential to evaluate the pain and provide appropriate assistance to minimize and / or avoid adverse effects on the development of the newborn contributing to its faster recovery and humanized.

KEYWORDS: Pain, Neonatal Intensive Care Units, Newborn, neonatal nursing, treatment, non-pharmacological methods.

1. INTRODUÇÃO

A dor é considerada uma experiência subjetiva, que deve ser avaliada e descrita como o quinto sinal vital. No entanto, em ambientes hospitalares esta prática é pouco frequente¹. A percepção da dor é inerente à vida. A capacidade para a percepção de uma condição dolorosa não depende de uma experiência anterior, pois a dor é uma sensação primária própria, assim como o tato, o olfato, a visão e a audição, essenciais para o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo.

Durante muito tempo, a dor no RN não foi motivo de preocupação, pois se acreditava que o neonato era incapaz de sentir dor. Pesquisas, cada vez mais complexas, têm documentado que o neonato possui todos os componentes funcionais e neuroquímicos necessários para a recepção e transmissão do estímulo doloroso^{2,3}.

A partir da década de sessenta, comprovou-se que a mielinização, ainda em desenvolvimento no RN, não era imprescindível para a transmissão dos impulsos pelo trato sensorial^{4,2}.

Atualmente, acredita-se que os elementos do sistema nervoso central, necessários para a transmissão do estímulo doloroso ao córtex cerebral, estão presentes em recém-nascidos a termo e em prematuros, embora a maturação e a organização desse sistema continuem durante

a vida pós-natal³.

Em 1986 a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) conceituou a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais, como referem Celich ; Pedrosa (2006)¹. Esse conceito desconsidera a dor e o desconforto de pacientes que ainda não possuem condições verbais de expor o que sentem. Porém, já se tem conhecimento que, além de serem sensíveis a dor, os neonatos podem sofrer conseqüências orgânicas e emocionais, comprometendo seu crescimento e o seu desenvolvimento.

Muitos avanços foram alcançados no cuidado ao RN, mas a avaliação e o manejo da dor ainda não tem merecido a devida atenção nas Unidades neonatais, especialmente de Terapia Intensiva (UTINs).

Os recursos tecnológicos de alta complexidade, utilizados nesses serviços, tem imprimido uma característica ímpar na assistência aos bebês de risco, principalmente aos RNs prematuros contribuindo, significativamente, para a redução da mortalidade neonatal. Nesse ambiente os RNs são comumente expostos a múltiplos eventos estressantes e dolorosos, como afirmam Souza *et al* (2006)³ e Guinsburg (1999)⁵.

Cada RN internado em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) recebe cerca de 50 a 150 procedimentos dolorosos ao dia. Prematuros menores de 1.000 g podem ser submetidos a 500 ou mais intervenções dolorosas ao longo de sua internação, com destaque para o fato de que muitos desses procedimentos são realizados sem analgesia e anestesia eficientes^{6,7}. Nesse sentido, as UTIN's tornam-se ambientes propensos a iatrogenias no processo de crescimento e desenvolvimento do neonato⁸.

A dor que os RN criticamente doentes sentem, pode alterar sua estabilidade respiratória, cardiovascular e metabólica, aumentando os índices de morbimortalidade neonatais. De acordo com Guinsburg (1999)⁵ essa dor significa para o bebê desconforto e sofrimento, podendo ter repercussões a longo prazo, em termos de interação com sua família, de cognição e aprendizado.

Por isso, torna-se imprescindível saber avaliar a dor e estabelecer intervenções adequadas, no sentido de diminuir e/ou evitar efeitos nocivos para o desenvolvimento do RN, além de contribuir para uma recuperação mais rápida e melhora na qualidade da assistência prestada.

A dificuldade na avaliação do fenômeno doloroso no RN, Souza *et al.* (2006)³, considerando-se que sua interpretação seja subjetiva e abstrata, pode interferir, negativamente para o cuidado.

Devido à impossibilidade de verbalização, o neonato expressa seu desconforto por meio de atitudes comportamentais. Dessa forma, a avaliação fundamenta-se nas respostas ao evento, podendo ser analisadas a partir de alterações das medidas fisiológicas e comportamentais observadas antes, durante e depois de um estímulo po-

tencialmente doloroso. Porém, nem sempre é fácil avaliar tais alterações, pois os indicadores observáveis da dor podem ser mínimos ou ausentes, o que exige dos profissionais adequar à forma, a linguagem e o conteúdo na prática de avaliação da dor, especialmente nos recém-nascidos pré-termo (RNPT), grupo mais exposto a intervenções.

Desta forma, foram desenvolvidas escalas multidimensionais, que se propõem a analisar respostas comportamentais associadas a algumas respostas fisiológicas à dor. Dentre as várias escalas de dor descritas, as mais estudadas são o Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (NFCS), a Escala de Avaliação de Dor (NIPS) e o Perfil de Dor do Prematuro (PIPP)³.

É imprescindível o reconhecimento e interpretação dos sinais apresentados pelos recém-nascidos, após um estímulo estressante ou doloroso, já que é por meio de sinais como, expressão facial, movimento corporal, choro e estado de consciência, entre outros, que os bebês estabelecem um processo de comunicação interpessoal, constituindo a sua "linguagem" da dor⁹.

O cuidado de enfermagem ao RN em UTIN vai além do controle do estado físico. A observação das demandas sutis, como demonstrações de desconforto, contempla o cuidado de excelência e humanizado. Reconhecer esses sinais e implementar ações efetivas são metas assistenciais a serem atingidas.

Entre as intervenções possíveis chamou-nos a atenção às classificadas como o não farmacológico, que podem ser implementadas com autonomia pelo enfermeiro em sua prescrição de cuidados, despertando assim o interesse para a realização desse trabalho.

O objetivo desse estudo foi descrever os sinais demonstrativos de dor assim como os métodos e as intervenções não farmacológicas para o alívio e controle da dor nos recém-nascidos em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN).

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão da literatura através de levantamento de referencial bibliográfico, em livros, revistas e periódicos circulantes referentes ao assunto proposto, sendo os mesmos de circulação nacional e internacionais publicados em inglês, português. Utilizou-se também, a internet como ferramenta de busca e consulta, das às seguintes bases: Scielo, Medline, Lilacs e Bireme.

Após o levantamento bibliográfico, houve a reunião do material por meio de fichamento, que constitui a primeira aproximação do assunto.

Posteriormente ao fichamento, os artigos selecionados foram submetidos a releituras, com o propósito de realizar uma análise interpretativa, direcionada aos objetivos estabelecidos previamente. Foram utilizadas pala-

vras chave como Dor; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Recém-nascido, Enfermagem Neonatal e tratamento.

3. DESENVOLVIMENTO

Conhecendo os instrumentos para avaliação da dor no RN

A dificuldade de avaliação e mensuração da dor no neonato e lactente pré-verbal constitui-se no maior obstáculo ao tratamento adequado da dor, nas unidades de terapia intensiva neonatal⁹.

Vários são os instrumentos descritos na literatura para a avaliação da dor no recém-nascido, baseado em alterações fisiológicas e comportamentais. Os parâmetros fisiológicos não são específicos para a dor, mas podem ser observados após um estímulo agressivo tais como: aumento da frequência cardíaca e respiratória, da pressão arterial sistólica, a queda da saturação de oxigênio e as alterações hormonais^{10,11}.

Por outro lado, a avaliação comportamental do neonato é feita através da observação da expressão facial, da movimentação corporal, do choro, das alterações do sono e, até mesmo, das alterações na relação mãe-filho^{10,11}.

Os indicadores comportamentais usados com maior frequência na avaliação e mensuração da dor são: choro, mímica facial, alteração na tensão muscular, movimentos de membros e mudança de estado, podendo ficar irritado ou mesmo desfalecido^{9,12}.

Baseado nesses indicadores foi desenvolvido diversos instrumentos específicos para avaliar a dor no recém-nascido. Um desses instrumentos é o Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal - NFCS (*Neonatal Facial Action Coding System*). O NFCS, desenvolvido por Grunau ; Craig, permite ao profissional de saúde avaliar itens da mímica facial do recém-nascido, tais como frente saliente, fenda palpebral estreitada, sulco naso-labial estreitado, boca aberta e/ou estirada, língua protusa e/ou tensa e tremor do queixo. A análise da expressão facial fornece informações válidas, sensíveis e específicas a respeito da natureza e da intensidade da dor, permitindo uma comunicação eficaz entre o neonato e as pessoas envolvidas em seus cuidados^{9,12}.

Outro método de avaliação de dor nos recém-nascidos é a Escala de Avaliação de Dor – NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*) desenvolvida em 1989 por Lawrence; McGrath que possibilitou a união dos aspectos comportamentais e fisiológicos. A NIPS consiste na avaliação de seis variáveis, (cinco comportamentais e uma fisiológica), sendo elas: expressão facial, choro, respiração, movimento de braços, movimentos de pernas e estado de consciência^{9,12}.

Para os neonatos prematuros, foi desenvolvida uma escala de dor específica, já que eles apresentam uma dificuldade maior em expressar a dor. É o Perfil de Dor

do Prematuro – PIPP (*Premature Infant Pain Profile*), onde se avalia estado de alerta, frequência cardíaca, saturação de oxigênio, testa franzidos, olhos espremidos e sulco naso-labial. Esses itens são avaliados e a pontuação é feita de acordo com a idade gestacional da criança, que por sua vez influencia nos sinais comportamentais de dor, como esclarecem os autores.

Uma outra medida muito utilizada nos Estados Unidos é o Escore para Avaliação da dor Pós Operatória do Recém-Nascido – CRIES (*Crying, Requires O₂ of saturation above 90%, Increased vital signs, Expression, and Sleeplessness*) e esta tabela avalia os seguintes parâmetros: frequência cardíaca ou pressão arterial (comparadas aos valores do pré-operatório), saturação de oxigênio, choro, expressão facial e sono^{9,12}.

O enfermeiro e equipe, na UTIN, devem familiarizar-se com essas escalas de avaliação, optando pela mais adequada, transformando a observação empírica em objetiva e real, direcionando as condutas necessárias.

Intervenções para controle e alívio da dor no RN, em UTIN

Os procedimentos de alívio da dor aumentam a homeostase e estabilidade dos recém-nascidos e são essenciais para o cuidado e suporte aos neonatos imaturos, a fim de sobreviverem ao estresse da UTIN. A dor intensa deve ser manejada com agentes farmacológicos, enquanto que os desconfortos e dor de menor intensidade podem ser manejadas por meio de medidas não farmacológicas de alívio e prevenção¹³.

O tratamento não farmacológico, objeto deste trabalho inclui:

1. Contato pele a pele;
2. Sucção não nutritiva, evitando, contudo a chupeta
3. Água com açúcar;
4. Contenção e posicionamento;
5. Enrolamento;
6. Fala suave.

O tratamento farmacológico inclui analgésicos não opioides que inibem a ação das prostaglandinas e do tromboxana, liberados durante a agressão tecidual (indicados no caso de toco-traumatismos); outro grupo seria os anti-inflamatórios não-esteroidais como o Paracetamol¹⁴. Analgésicos opioides, como a Morfina e Fentanil, inibem a transmissão do estímulo doloroso aos centros superiores de processamentos e associação, ativando as vias corticais descendentes inibitórias da dor¹⁴.

Anestésicos locais bloqueiam os canais de sódio, nas terminações nervosas nociceptivas, responsáveis pela aferência do estímulo doloroso ao Sistema Nervoso Central, indicados nos casos de inserção de cateter central, drenagem torácica e punção arterial. Entre eles temos a Lidocaína 0,5%, sem Adrenalina¹⁴.

A sedação não reduz a dor, mas diminuem a atividade, a ansiedade e a agitação, indicados para acalmar,

reduzir a atividade espontânea e induzir o sono, na realização de procedimentos e em RN que precisam ficar imobilizados por longos períodos de tempo. Entre os agentes sedativos, utiliza-se o Midazolam. Vieira (2006)¹⁴ ressalta, entretanto, que é inaceitável sedação sem analgesia, para alívio da dor.

Métodos não farmacológicos no alívio da dor no RN

As intervenções não farmacológicas objetivam, principalmente, prevenir a intensificação de um processo doloroso, a desorganização do neonato, o estresse e a agitação, ou seja, minimizar as repercussões da dor. Podem ser utilizadas individualmente na dor de leve intensidade, mas frente a dor moderada ou severa, deverão ser acrescidas intervenções farmacológicas¹¹.

Abordaremos os métodos indicados, fundamentando as intervenções de enfermagem:

- Contato pele a pele: durante o contato físico, endorfinas são acionadas. A ocitocina conjuga, regula e potencializa a excreção de opiáceos endógenos^{13,14,15,16}.
- Sucção não nutritiva: o uso da sucção/chupeta inibe a hiperatividade e modula o desconforto do RN, ou seja, embora não diminua a dor, auxilia a criança a se organizar após o estímulo agressivo, minimizando as repercussões fisiológicas e comportamentais¹⁴. Porém, há controvérsias a respeito do uso da chupeta em unidades neonatais devido a sua associação a um possível desestímulo ao aleitamento materno. Assim, acredita-se que o seu uso deva ser estimulado de maneira seletiva em populações específicas de recém-nascidos. Uma alternativa seria aproximar a mão do RN à boca para que ele proceda a sucção^{13,14,15}.
- Água com açúcar: exerce sua ação através da liberação de endorfinas endógenas, pois pode ter seu efeito revertido por antagonistas dos opioides, como esclarecem os mesmos autores. De acordo com Ramenghi *et al.* (1999), citado por Gaspardo (2006)¹³, o efeito analgésico das substâncias adoçadas está relacionado com a percepção gustativa produzida pelas mesmas e não com o efeito da ingestão ou absorção das substâncias. Pode-se oferecer a solução aos poucos, em seringa ou copinho.
- Contenção e posicionamento: conter e posicionar o RN pode ajudá-lo a se organizar; a contenção deve ser mantida por 10 minutos após o procedimento ou até que fique estável, com recuperação da frequência cardíaca e respiratória, saturação de oxigênio, tônus e estado comportamental^{13,14,15}.

- Enrolamento: deve ser realizado para confortar o RN, mas deve-se ficar atento se o mesmo está estável e monitorizado e vigiar para evitar luxação do quadril e hiperaquecimento. O enrolamento aumenta o estímulo proprioceptivo, auxilia o posicionamento mão-boca, acalma o RN, diminui o sofrimento pela dor e melhora as respostas fisiológicas^{13,14,15}.

Propondo intervenções de enfermagem para o alívio da dor no RN em UTI

A avaliação da dor deve ser preocupação do enfermeiro, considerando que a identificação de sinais algícos e sua caracterização, são ferramentas importantes para o cuidado ao RNPT.

1. O enfermeiro pode implementar ações para controle Oferecer sucção não nutritiva durante e após a manipulação;
2. Oferecer solução glicosada ao RN 1 a 2 minutos antes do procedimento doloroso;
3. Promover contenção e posicionamento, permitindo movimentos voluntários;
4. Providenciar enrolamento antes da intervenção dolorosa;
5. Falar com o RN em tom de voz suave;
6. Observar o RN, respeitando seu estado comportamental, interrompendo a intervenção, quando necessário;
7. Executar o procedimento em etapas, permitindo a recuperação fisiológica e do comportamento. e alívio da dor, de forma autônoma.

Baseando-nos na literatura consultada e em nossa vivência profissional, propomos como intervenções de enfermagem ao RN, ao ser submetido a procedimentos invasivos ou desconfortáveis:

De acordo com Vieira (2006)¹⁴ algumas intervenções podem prevenir a dor e o stress, como:

1. Tornar o ambiente da UTIN o mais acolhedor possível;
2. Manipular o bebê o mínimo possível;
3. Controlar a incidência de luzes sobre o RN;
4. Diminuir o ruído ambiental;
5. Posicionar o RN com equilíbrio entre posturas flexoras e extensoras;
6. Racionalizar manipulação do RN;
7. Usar o mínimo de fitas adesivas possível;
8. Otimizar a monitorização não invasiva, evitando manipular o RN;
9. Estimular o contato com os pais;
10. Ser gentil e habilidoso no tato com o RN.

Ainda segundo Calasans (2005)¹¹, o toque e o contato físico também acalmam. A estimulação sensorial poderá ser útil como, por exemplo, o uso da música, a fala suave, as massagens e o estímulo visual.

Todas essas medidas promovem o controle da dor, tornando o evento mais suportável.

Promover a presença da mãe, durante e após a manipulação, confortando o bebê, por meio do toque, do contato pele a pele, torna-se a principal para alívio do desconforto físico e emocional provocado pela dor. Todas essas ações são coadjuvantes ao tratamento da dor, que inicia-se com a identificação dos bebês em sofrimento.

As prescrições do enfermeiro contemplam ações de baixa complexidade e custo, podendo ser viabilizadas na UTIN, prestando um cuidado realmente humanizado.

4. CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou o conhecimento das diferentes maneiras de reduzir os efeitos desagradáveis da dor, durante procedimentos, sem uso de medicamentos.

O bebê demonstra a dor, de diversas formas. Reconhecer a linguagem para expressar seu desconforto é uma das estratégias para o cuidado humanizado, qualificado e integral. Assim, é preciso que a equipe seja capaz de identificar os sinais de dor, utilizando instrumentos objetivos, além da atenção e sensibilidade, para percebê-los.

As medidas não farmacológicas para alívio e controle da dor são prescritas pelo enfermeiro, garantindo autonomia profissional.

As intervenções são baseadas em estudos que evidenciam os benefícios de ações não farmacológicas, prescritas pelo enfermeiro, onde se destaca o uso da sucção não nutritiva, oferecimento de água adocicada, enrolamento antes da manipulação, contato pele a pele, além de medidas gerais, favorecendo ambiente tranquilo e acolhedor.

A transformação do cuidado ao RN evolui em duas vertentes opostas e complementares: o avanço tecnológico, com equipamentos e drogas cada vez mais sofisticadas e a preocupação com a humanização do cuidado, onde a qualidade pode também ser observada pelas ações implementadas pela equipe de enfermagem para alívio da dor do RN internado em Unidade terapia intensiva neonatal.

REFERÊNCIAS

- [1] Pedrosa RA, Celich KLS, Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto contexto enferm.* 2006 June [cited 2013 Nov 21]; 15(2): 270-276. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000200011>.
- [2] Medeiros MD, Madeira LM. Prevenção e tratamento da dor em recém-nascido em UTIN. *Rev Min Enf, Minas Gerais.* 2006; 2(10):118-24.

- [3] Souza BBB et al. Avaliação da dor como instrumento para o cuidar de recém-nascidos pré-termo. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2006, vol.15, n.spe, pp. 88-96.
- [4] Tamez RN, Silva MHP. *Enfermagem na UTI Neonatal.* 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- [5] Guinsburg R. Avaliação e tratamento da dor no RN. *Jornal de Pediatria, RJ.* 1999; 75(3):149-60.
- [6] Prestes ACY, Guinsburg R, Balda RCX, Marba STM, Rugolo LMSS, Pachi PR, Bentlin MR. Frequência do Emprego de Analgésicos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal Universitárias. *Jornal de Pediatria (Rio J).* 2005; 81(5):405-10.
- [7] Branco A, Fekete SMW, Rugolo LMSS. O Choro como Forma de Comunicação de Dor do Recém-Nascido: uma revisão. *Revista Paulista de Pediatria, São Paulo.* 2006; 24(3):2704.
- [8] Rocha MCP, Rossato LM. Neonatal pain: literature review from 1998 to 2008. *Online braz j nurs [Internet].* 2008 September [Cited 2013 Nov 21]; 7 (3): Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1668>. doi:<http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20081668>
- [9] Ruth Guinsburg. *A linguagem da dor no recém-nascido. Diagnóstico & Tratamento, São Paulo, v. 2, p. 37-44, 1996.*
- [10] Balda RC, Guinsburg R. Avaliação da Dor no Período Neonatal. São Paulo: Atheneu, 2004; 577-85.
- [11] Calasans MTA, Kraychete DC. Dor do recém-nascido: um desafio. *Revista Recrearte, Espanha.* 2005; 4:1-11. Disponível em: <http://www.iacat.com/Revista/recrearte/recrearte04/Seccion6/Do-lor%20de%20Recien%20Nacido.pdf> >. Acesso em: 18 julho 2012.
- [12] Barbosa FS, Valle IN. Pain in newborns: a descriptive study about assessment and non-pharmacological treatment at a NICU. *Online braz j nurs [Internet].* 2006 August [Cited 2013 Nov 21]; 5 (2): Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/337>. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.2006337>
- [13] Gasparido CM. *et al.* A Eficácia da sacarose no alívio da dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. *Jornal de Pediatria, Porto Alegre.* 2005; 81:435-42. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572005000800005&script=sci_arttext&tlng=pt >. Acesso em: 07 junho 2012.
- [14] Vieira M. Dor Neonatal. 2006. Disponível em: www.paulomargotto.com.br/documentos/dor_neonatal.ppt >. Acesso em: 08 maio 2012.
- [15] Noronha NS. Avaliação da frequência do uso de solução açucarada a 25% como analgesia na punção venosa e capilar pelos profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva neonatal do Hospital Regional da Asa Sul. 2007. 25f. Monografia (Especialização em Neonatologia). Residência em Neonatologia da Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal, 2007.
- [16] Margotto PR. Analgesia e sedação no recém-nascido em ventilação mecânica: Disponível em: http://www.paulomargotto.com.br/documentos/Analgesia_e_se-da_o_em_RN_sob_VM-2.ppt >. Acesso em: 22 jun. 2012

