

Cuidado de Enfermagem e manejo da dor em crianças hospitalizadas: pesquisa bibliográfica

Nursing care and pain management in hospitalized children: literature review

Cuidados de Enfermería y el manejo del dolor en niños hospitalizados: revisión de la literatura

Jerusa Pereira Santos¹, Damaris Gomes Maranhão²

Resumo

O objetivo deste trabalho foi descrever os métodos, as competências e as dificuldades da equipe de Enfermagem para o manejo da dor em crianças hospitalizadas. Revisão de literatura em língua portuguesa, realizada entre 2003 e 2015, nas bases de dados SciELO e LILACS, a partir dos descritores “saúde da criança”, “enfermagem pediátrica”, “terapia” e “dor”. Várias escalas para avaliação da dor podem ser usadas conforme a idade, o desenvolvimento, a preferência e o estado clínico da criança. As dificuldades da Enfermagem foram relativas à observação, à percepção, à valorização da expressão de dor, à consideração de sua evolução e ao registro no prontuário. A capacitação dos profissionais requer sensibilização para o problema, habilidades de comunicação com a criança e sua família, conhecimento e emprego das escalas adequadas, registro e manejo por métodos farmacológicos e não farmacológicos.

Abstract

The objective of this study was to describe the methods, skills and difficulties of Nursing staff for the management of pain in hospitalized children. Literature review in Portuguese language carried out in the period between 2003 and 2015 with journals annexed in SciELO and LILACS databases using the keywords: “saúde da criança”, “enfermagem pediátrica”, “terapia” and “dor”. Several scales for pain assessment can be applied according to age, development, preference, and clinical state of the child. Nursery difficulties were related to observation, perception, valorization of pain expression and evolution, and register in the medical record. Professionals' capacitation required sensitivity to the problem, communication skills with the child and his/her family, knowledge, and use of appropriate scales, register, and management of pharmacological and non-pharmacological methods.

Resumen

El objetivo de este estudio fue describir los métodos, las técnicas y las dificultades de personal de enfermería para el manejo del dolor en niños hospitalizados. Revisión bibliográfica en el idioma portugués, realizada entre 2003 y 2015, en las bases de datos SciELO y LILACS con los descriptores: “saúde da criança”, “enfermagem pediátrica”, “terapia” y “dor”. Hay diversas escalas para evaluación del dolor que deben ser usadas de acuerdo a la edad, el desarrollo, la preferencia y el estado clínico del niño. Las dificultades de enfermería estaban relativas a la observación, percepción, valorización de la expresión del dolor, de su evolución y registro en el prontuario médico. La capacitación de los profesionales requiere sensibilización para el problema, habilidades de comunicación con el niño y con la familia, conocimiento y uso de las escalas adecuadas, registro y manejo por métodos farmacológicos y non-farmacológicos.

Descritores

Dor; Cuidado da criança; Enfermagem pediátrica; Saúde da criança

Keywords

Pain; Child care; Pediatric nursing; Child health.

Palabras clave

Dolor; Cuidado al niño; Enfermería pediátrica; Salud del niño.

¹Enfermeira. Universidade de Santo Amaro de São Paulo - UNISA, São Paulo (SP), Brasil.

²Doutora em Ciência da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo (SP), Brasil; Professora em Enfermagem Pediátrica da Universidade de Santo Amaro de São Paulo - UNISA, São Paulo (SP), Brasil.

Autor correspondente: Damaris Gomes Maranhão - damaranhao@uol.com.br

Introdução

O processo de internação infantil é marcante na vida de qualquer criança, uma vez que, nesse momento, ela está vulnerável e afastada de seu meio, com alterações em sua rotina diária, como brincar e ir à escola.⁽¹⁾

Entre as vivências desagradáveis no processo de internação ou de atendimento em serviço de saúde, a criança pode sentir dor causada por procedimentos como punção venosa, coletas de exames, curativos ou pelo próprio processo patológico. A maneira como a criança comunica sua dor e sua habilidade para enfrentá-la estão relacionadas à sua idade e ao seu desenvolvimento.⁽²⁾

Dor é definida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos de tal dano. Pode ser classificada em aguda, crônica ou recorrente. Trata-se de uma manifestação subjetiva, que envolve mecanismos físicos, psíquicos e culturais.⁽³⁾

Desde janeiro de 2000, a *Joint Commission: Accreditation on Healthcare Organizations* (JCAHO) estabeleceu, como indicador de qualidade da assistência, a inclusão da dor como quinto sinal vital.⁽⁴⁾ Ela deve ser sempre avaliada e registrada, ao mesmo tempo em que são verificados os outros sinais vitais, para que se normatize sua avaliação, bem como a conduta tomada, sua fundamentação e os resultados obtidos. A queixa de dor deve ser sempre valorizada e respeitada, devido ao desconforto que manifesta. Na própria definição de dor, proposta pela IASP, fica evidente que a dor é uma experiência subjetiva, ou seja, cada um sente e manifesta sua dor ao seu modo.⁽⁴⁻⁵⁾ Para a JCAHO, a avaliação da dor inclui localização, intensidade da dor baseada em escala numérica e verbal, além de outras escalas.⁽⁶⁾

O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, em sua resolução 41, dispõe sobre os Direitos da Criança e Adolescente Hospitalizados, afirmando, em seu Art. 7º, que o paciente tem “direito a não sentir dor, quando existem meios para evitá-la”.⁽⁷⁾

Estudos internacionais e nacionais apontam que a dor, seja aguda ou crônica, em todos os níveis de atenção à saúde, é subdiagnosticada, mal avaliada, subtratada e, algumas vezes, negligenciada.⁽⁷⁻⁸⁾

A *American Pain Society* (APS) relata a deficiência da equipe de saúde para avaliar a dor dos pacientes, apesar de variadas opções de técnicas de avaliação, e de terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas.⁽⁵⁾

Com base no exposto, surgiu a questão desta pesquisa: “Quais os métodos utilizados, as competências e as dificuldades da equipe de Enfermagem para identificar e manejar a dor na criança?”.

O objetivo deste trabalho foi descrever os métodos, as competências e as dificuldades da equipe de Enfermagem para o manejo da dor em crianças hospitalizadas.

Método

Revisão bibliográfica composta por artigos selecionados a partir dos descritores “saúde da criança”, “enfermagem pediátrica”, “terapia” e “dor”.

Foram incluídos artigos que tivessem como participantes enfermeiras ou equipe de Enfermagem, as próprias crianças e seus pais, publicados na língua portuguesa no período de 2003 a 2015, por compreender pesquisas realizadas no período posterior ao reconhecimento da dor como quinto sinal vital. Foram excluídos artigos de revisão e aqueles que não estavam relacionados com o tema.

Foram utilizadas, como fonte dos dados, as bases bibliográficas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foram encontrados 28 artigos científicos sobre a temática, e 23 atenderam os critérios de inclusão.

Inicialmente, foi realizado fichamento de todos os artigos encontrados; posteriormente, foi feita análise temática, buscando-se responder a pergunta da pesquisa. Foram construídas duas categorias: Escalas de avaliação da dor e Competências e dificuldades da equipe de Enfermagem no manejo da dor na criança.

Resultados

Escalas de avaliação da dor

A avaliação da dor é complexa por seu caráter subjetivo. Para objetivá-la, foram criadas as escalas de dor. As escalas de dor são instrumentos utilizados e reco-

mendados para pacientes hospitalizados no reconhecimento, quantificação e tratamento da dor, inclusive com escalas específicas para crianças. Esses instrumentos facilitam a interação e a comunicação entre os membros da equipe de saúde, que passam a observar e perceber a evolução da dor em cada paciente, e a verificar a resposta à terapia. Deve-se usar uma única escala de avaliação da dor adequada à sua pertinência, à idade e ao desenvolvimento ou à preferência da criança.⁽⁶⁾

Todas as escalas de dor são de difícil utilização em algumas situações clínicas, como nas crianças sedadas, com restrição de movimentos ou submetidas à intubação traqueal.⁽⁶⁾

Dentre as escalas conhecidas, podemos citar o Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (NFCS). Nela, avalia-se a dor por observação da expressão facial, com a ajuda de oito parâmetros quantificados de zero a 8 pontos. Conclui-se pela existência de dor quando três ou mais movimentos faciais aparecem de maneira consistente durante a avaliação. Pode ser utilizada em recém-nascidos pré-termo, a termo e para lactentes até 4 meses de idade.⁽⁶⁻⁹⁾

Outra escala indicada para avaliação da dor em recém-nascidos prematuros ou a termo, mas específica para situações pós-cirúrgicas, é denominada CRIES (sigla do inglês *Crying, Requires O2 for Saturation Above 90%, Increased Vital Signs, Expression and Sleeplessness*). Essa escala considera os seguintes parâmetros: necessidade de oxigênio para manter a saturação maior que 90%, aumento da frequência cardíaca, aumento da pressão arterial, expressão facial e ausência de sono. Esses indicadores devem ser avaliados a cada 2 horas, nas primeiras 24 horas após o procedimento doloroso, e a cada 4 horas após mais 1 ou 2 dias. Seu escore varia de zero a 10. Escore ≥ 5 deve ser considerado como indicativo de dor, havendo necessidade de analgesia.^(6,9-10)

A escala comportamental *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS) é empregada para avaliar a dor em neonatos pré-termos ou a termo, mas ainda não é validada para lactentes. Possibilita diferenciar estímulos dolorosos de não dolorosos, e é composta por sete parâmetros comportamentais e fisiológicos, com pontuação zero a 1, e o escore total pode variar de zero a 7 em escala crescente de dor. As avaliações são feitas em intervalos de 1 minuto antes, durante e após o procedimen-

to agressivo. Avaliam parâmetros de expressão facial, choro, padrão respiratório, movimentos dos braços e pernas, e estado de consciência. Não é recomendada sua utilização de forma isolada, devendo ser levado em conta o estado geral do neonato, além do ambiente onde ele está inserido.^(6,9-10)

A escala de Hannallah possibilita uma avaliação por meio da linguagem corporal, mesmo sem verbalização. É um método que verifica sinais vitais e comportamento da criança para aferir grau de gravidade da dor. Pontuação ≥ 6 significa dor importante.⁽⁶⁻⁹⁾

A Escala de Perfil de Dor do Pré-Termo (PIPP, sigla do inglês *Premature Infant Pain Profile*), utilizada para avaliar a dor em recém-nascidos, pré-termo e termo, possui sete parâmetros para serem avaliados: idade gestacional (variando de menores de 28 semanas a maiores de 36 semanas), estado de alerta, frequência cardíaca, saturação de oxigênio, fronte saliente, olhos franzidos e sulco nasolabial. Escore >12 indica dor moderada a intensa.⁽⁹⁻¹⁰⁾

Para crianças maiores de 3 anos de idade, pode ser utilizada a Escala de Avaliação da Dor de Faces, que consiste em seis faces desenhadas, variando desde a face sorrindo para “sem dor”, até a face chorosa para “piora da dor”.⁽⁹⁾

Escala de Sedação Comfort tem sido empregada em crianças submetidas à ventilação mecânica para avaliar o grau de sedação. Consideram-se oito parâmetros de desconforto fisiológico ou ambiental. Escore <17 indica sedação excessiva; valores entre 17 e 26, sedação adequada; e >26 , sedação insuficiente.⁽¹⁰⁾

A Escala Visual Analógica (EVA) consiste numa linha horizontal ou vertical com 10 cm de comprimento que tem assinalada, numa extremidade, a classificação “sem dor” e, na outra, a classificação “dor máxima”. O paciente deve fazer uma cruz ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade de sua dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da dor e a posição assinalada na linha. Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero, e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica.⁽¹¹⁾

A escala numérica consiste em uma linha crescente, em que a criança diz se sua dor tem valor igual a zero até 10, sendo que zero corresponde a classificação

“sem dor” e 10 à classificação “dor máxima” (dor de intensidade máxima imaginável).⁽¹¹⁾

As duas escalas citadas anteriormente não são específicas para uso no período lactente ou infante, pois dependem da verbalização da criança para correta aplicação.⁽⁹⁾

Competências e dificuldades da equipe de Enfermagem no manejo da dor na criança

As competências requeridas da equipe de Enfermagem iniciam-se pela percepção e pela valorização da manifestação de dor pela criança. Incluem a observação e o registro dos sinais que a criança emite, além das alterações fisiológicas, que indicam o sofrimento.⁽²⁾

As dificuldades descritas nas pesquisas analisadas são relativas à percepção, à valorização da expressão de dor e ao registro no prontuário. Para que a equipe de Enfermagem avalie e quantifique a dor de modo adequado, é importante sensibilizá-la para o problema e incluir as competências de identificação, mensuração, registro e manejo em sua formação continuada. Os profissionais precisam ser capacitados para empregar as escalas de dor, de acordo com a condição clínica e as possibilidades de comunicação da criança.⁽⁵⁾

O manejo adequado da dor deve ser uma prioridade no planejamento terapêutico de pacientes pediátricos. O reconhecimento e o tratamento preventivo ou precoce da dor evitam o aumento de sua intensidade, o que tornará mais difícil seu manejo. A criança deve saber que sua dor está sendo levada a sério, e que seus pais e os enfermeiros estão fazendo todo o possível para aliviá-la. Embora avaliar e mensurar a dor não sejam tarefas fáceis, esses procedimentos devem se tornar rotineiros para os enfermeiros e sua equipe, que devem registrar essas informações no prontuário da criança, para que as devidas providências de alívio da dor possam ser implementadas.⁽⁷⁾

Na avaliação de manejo da dor em Pediatria, deve-se considerar que a percepção da manifestação dolorosa da criança é mediada, às vezes, pelo acompanhante. Assim, incluir os pais ou outro familiar/acompanhante da criança no processo de avaliação e de intervenção para alívio da dor parte do pressuposto de que eles conhecem seus filhos e de que são sensíveis às modificações que ocorrem em seu comportamento.⁽⁷⁻¹²⁾

Durante a internação, quando a criança queixa-se de dor, o acompanhante pode ser o primeiro a perceber que ela está desconfortável, sofrendo e que precisa de ajuda. É o familiar, muitas vezes, que recorre ao profissional, visando ao alívio da dor percebida na criança. Ter os pais ou outras pessoas queridas por perto, em si, já proporciona segurança e proteção à criança, o que também contribui para alívio da dor.⁽⁷⁻¹³⁾

Entretanto, os estudos evidenciam que a comunicação entre a família e o enfermeiro ainda é precária.⁽¹²⁾

Pesquisadores⁽⁶⁾ identificaram cinco categorias de aspectos intervenientes na avaliação, tratamento e prevenção da dor em crianças internadas em unidade de terapia intensiva. A primeira categoria é a sensibilização do profissional para perceber e valorizar a dor. Essa competência é influenciada pela sensibilidade e pelas experiências pessoais relativas a dor em si próprio ou em seus filhos. A segunda é a associação da dor com o diagnóstico, a hospitalização e os procedimentos realizados. A terceira é o reconhecimento da dor pelos sinais e sintomas expressos pela criança e identificados pela observação e empregos de técnicas ou métodos que quantifiquem e qualifiquem a manifestação da dor pela criança. A quarta categoria analisa os fatores intervenientes que dificultam a avaliação e o tratamento da dor na criança. As dificuldades e os obstáculos encontrados pelos profissionais de Enfermagem guardam forte relação com a interação e a parceria com a equipe multiprofissional; com a dificuldade de comunicação com a criança; com a insuficiência de recursos humanos; e com o sentimento de ambivalência em relação ao uso de analgésicos em crianças. A quinta categoria destaca os fatores intervenientes que dificultam a prevenção da dor e que são atribuídos à insuficiente organização para assistência à criança e à família, ao grande número de procedimentos, às limitadas técnicas nas manipulações e coleta de exames e a pouca simultaneidade de cuidados pela equipe de saúde. As autoras concluem que a avaliação da dor depende da interação entre os profissionais, criança e família, e que há fatores subjetivos do profissional envolvidos no processo. As escalas de avaliação podem ter sensibilidade alterada segundo o aplicador.

Ao se investigar como os enfermeiros que trabalhavam em unidade de terapia intensiva neonatal avaliavam a dor do neonato e quais terapias analgésicas eles utilizavam, encontrou-se que os parâmetros uti-

lizados pelas enfermeiras foram a expressão facial e o choro, seguidos da alteração dos sinais vitais. O método farmacológico mais citado foi o uso de analgésicos anti-inflamatórios não esteroides, opioides potentes e fracos, sedativos e os anestésicos locais. Entre o manejo não farmacológico, foram citados: mudança de decúbito, massagem local, sucção não nutritiva, banho de imersão, glicose oral e enrolamento.⁽⁹⁾

Estudo realizado em unidade de neonatologia identificou que os principais procedimentos de rotina considerados dolorosos foram a remoção de fitas adesivas, a troca de curativo, e a punção venosa e a de calcâneo. Os enfermeiros entrevistados avaliaram a dor pela expressão facial e pelo choro do neonato e a trataram com analgésicos anti-inflamatórios não esteroidais previamente prescritos. Empregaram também métodos não farmacológicos, como mudança de decúbito, massagem local e sucção não nutritiva. Os autores concluíram que existia uma preocupação, por parte da equipe de Enfermagem, em adotar medidas que minimizassem a dor no neonato durante a hospitalização e, para isso, foram utilizadas medidas para alívio da dor, mas sem padronização de condutas.⁽¹⁴⁾

Pesquisadores descreveram o conhecimento da equipe da Enfermagem em relação aos instrumentos disponíveis para avaliar a dor e os sentimentos dos mesmos profissionais ao prestarem assistência às crianças com dor. Os enfermeiros apresentaram mais conhecimentos dos instrumentos de avaliação da dor em relação aos auxiliares e técnicos, mas não conheciam todos os instrumentos disponíveis. Os autores destacaram a importância da racionalização do uso da medicação analgésica e a importância da comunicação com os familiares e com as crianças.⁽¹⁵⁾

Uma investigação analisou, entre outras variáveis, a associação entre sexo e as variáveis específicas da dor operatória em Pediatria. A prevalência de dor foi de 91,7% para meninas e de 75,5% para meninos, mas não houve associação entre intensidade de dor e sexo. Os principais agravos foram as adenoamigdalites e fraturas. As palavras usadas pelas crianças para descrever a dor foram “cortar” e “apertar”, e a escala preferida pelas crianças foi a Escala de Faces de Cebolinha e Mônica. Os pesquisadores concluíram que, no contexto estudado, o manejo da dor em Pediatria ainda era inadequado e o sexo podia influenciar na resposta a dor.⁽¹⁶⁾

Estudo transversal analisou a implantação da avaliação da dor como quinto sinal vital em um hospital-escola, por meio de um questionário aplicado com 188 técnicos e auxiliares de Enfermagem que trabalhavam em cinco unidades de internação e que verificavam os sinais vitais. Destes, 149 (79,3%) relataram que avaliavam a dor como quinto sinal vital; 24 (12,8%) verificavam às vezes; e 13 (6,9 %) quando o paciente queixava-se de dor. Para 64% dos profissionais, o hospital incentivava a avaliação da dor e, como sugestão, 49% relataram a necessidade de cursos e treinamentos, pois 60,3% tinham dificuldade de avaliar a dor. Concluíram sobre a importância da inclusão da avaliação da dor como quinto sinal vital, “falta de compreensão do paciente” na mensuração da dor por meio de escala de intensidade desse sinal e falta de tempo pelos profissionais.⁽¹⁷⁾

Em outra pesquisa, ficou evidente que os profissionais reconheciam a dor na criança, mas não utilizavam métodos validados para mensurá-la. Concluiu-se que os profissionais de Enfermagem eram comprometidos, no sentido de identificar a dor, mas existia a fragilidade quanto ao conhecimento relacionado ao seu controle; a maior parte se restringiu aos métodos farmacológicos e abordava o problema de forma restrita.⁽¹⁾

Estudo com objetivo de avaliar a percepção e as dificuldades de 51 profissionais de Enfermagem frente à identificação, à quantificação e ao manejo da dor em pacientes vítimas de trauma e internados em unidade terapia intensiva evidenciou que 84,3% dos profissionais tinham conhecimento sobre a dor como quinto sinal vital. Destes, 25,5% adquiriram conhecimento na graduação, 21,5% em cursos técnicos, 41,2% em congressos e palestras e 54,9% no ambiente de trabalho. Em relação à percepção da dor na criança, 94,1% a identificam por meio da verbalização e pela expressão facial, e 62,75% pela presença de taquicardia. Os autores concluíram que os profissionais de Enfermagem do setor analisado tinham conhecimento insuficiente sobre a identificação, quantificação e tratamento da dor.⁽⁵⁾

Outro estudo evidenciou que a maioria dos enfermeiros avaliava que sua formação básica era deficiente. Esses enfermeiros não participaram de formação em serviço para avaliação e manejo da dor em crianças. A proporção de profissionais era inadequada, assim

como a disponibilidade de instruções institucionais para melhorar a qualidade da analgesia. As autoras concluíram que enfermeiras valorizavam a avaliação e a intervenção para o alívio de dor em crianças, mas consideravam que havia problemas na colaboração entre a equipe, de infraestrutura, falta definição de processos, insuficiente educação formal e contínua.⁽¹²⁾

Discussão

O manejo da dor em neonatos e crianças ainda é um desafio para a Enfermagem e requer projetos de intervenção institucionais que aprimorem a formação continuada dos profissionais, concomitante à elaboração e à implementação de protocolos, além da organização dos serviços, para garantir o direito de todos os pacientes em ter sua dor reconhecida e minimizada.

A maioria dos estudos é relativa a neonatos, mas é preciso considerar as necessidades e as especificidades do desenvolvimento, da linguagem e da comunicação da criança em cada faixa etária e contexto.⁽¹⁶⁻¹⁸⁾

Apesar dos avanços na pesquisa e no desenvolvimento de métodos e de recursos para avaliação e o manejo da dor em pediatria, ainda há lacunas na formação e na gestão da equipe de Enfermagem, as quais dificultam sua implementação efetiva.⁽¹⁹⁾

Alguns profissionais não utilizam escalas para a mensuração da dor do recém-nascido, apoiando suas práticas em crenças individuais, o que aponta a necessidade de maior reflexão acerca do conhecimento teórico e prático, relativo à avaliação e ao manejo da dor em crianças, pois observou-se certa inconsistência entre os saberes e as práticas.⁽²²⁾

As crenças de que as crianças não sentem dor parecem ainda estar presente no imaginário dos profissionais e têm grande impacto no manejo dos sintomas. Associadas às dificuldades de comunicação com neonatos e crianças, essas crenças dificultam a percepção e a valorização dos sinais manifestos por elas, seja por meio de mímica facial, choro e outros comportamentos, ou por alterações dos sinais vitais.⁽¹⁸⁻²⁰⁾

Intervenções educativas e protocolos construídos e implementados coletivamente pela equipe foram empregados por alguns autores, como estratégias de aprimoramento no manejo da dor em unidades pediátricas e neonatais.⁽²¹⁾

As pesquisas evidenciam que a superação das dificuldades depende de projetos de intervenção coletiva, nos quais todos os profissionais devem refletir criticamente sobre as próprias dificuldades, construir protocolos e colaborar na formação de todos os envolvidos.⁽²²⁻²³⁾

Conclusão

Os enfermeiros assistenciais em Pediatria que participaram das pesquisas apresentadas nesta revisão evidenciaram que tinham conhecimento, ainda que insuficiente, para identificar, quantificar e manejar a dor em crianças. No entanto, eles reiteraram que esse tema não foi incluso de forma consistente em curso de graduação, nos cursos técnicos e de auxiliares de Enfermagem, e nem em programas de educação em serviço.

Houve lacunas na formação básica e continuada, que dificultaram a comunicação efetiva com a criança, com sua família e entre a equipe multidisciplinar. Houve também dificuldades relativas à infraestrutura e à organização do serviço, que comprometeram a assistência à criança com dor real ou potencial.

Esta revisão apontou para a necessidade de se investigarem e construírem estratégias educativas e gerenciais para os enfermeiros identificarem as necessidades formativas da equipe de Enfermagem atuante em serviços com crianças hospitalizadas, bem como aquelas relativas ao planejamento da assistência com essa finalidade.

Referências

1. Silva MS, Pinto MA, Gomes LMX, Barbosa TLA. Dor na criança internada: a percepção da equipe de enfermagem. *Rev Dor*. 2011; 12:314-20.
2. Persegona KR, Zagonel IPS. A relação intersubjetiva entre o enfermeiro e a criança com dor na fase pós-operatória no ato de cuidar. *Esc Anna Nery Rev de Enferm*. 2008; 12:430-6.
3. Martinez JE, Grassi DC, Marques LG. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. *Rev Bras de Reumatol*. 2011; 51:299-308.
4. Pedrosa RA, Celich KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para cuidar em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15:270-6.
5. Magalhães PAP, Mota FA, Saleh CMR, Secco LM, Fusco SRG, Gouvêa AL. Percepção dos profissionais de enfermagem frente à identificação, quantificação e tratamento da dor em pacientes de uma unidade de terapia intensiva de trauma. *Rev Dor*. 2011; 12:221-5.
6. Viana AL, Dupas G, Pedreira MLG. A avaliação da dor da criança pelas enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva. *Pediatria*. 2006; 28(4):251-61.
7. Silva LDG, Tacla MTG. Manejo da dor pós-operatória na visão dos pais da criança hospitalizadas. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010; 14(3):519-26.

8. Ribeiro SBF, Pinto JCP, Ribeiro JB, Felix MMS, Barroso SM, Oliveira LF, et al. Dor nas Unidades de Internação de um Hospital Universitário. *Rev Bras Anesthesiol*. 2012; 62:599-611
9. Crescêncio EP, Zanelato S, Leventhal LC. Avaliação e alívio da dor no recém nascido. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2009; 11:64-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a08.htm>. Acesso em 7 mai 2015.
10. Freitas ZMP, Pereira CU, Oliveira DMP. Escalas para avaliação de dor em neonatologia e sua relevância para a prática de enfermagem. *Pediatrics Moderna* [Internet]. 2012; 68(1):18-24. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4923. Acesso 17/10/2014.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Dor como 5º sinal vital. Registro sistemático da intensidade da dor. Circular Normativa nº 09/DGCG. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.
12. Santos MZ, Kusahara DM, Pedreira MLG. Vivências de enfermeiros intensivistas na avaliação e intervenção para alívio da dor na criança. *Rev Esc de Enferm USP*. 2012; 46:1074-81.
13. Queiroz FC, Nascimento LC, Leite AM, Santos MF, Lima RAG, Scochi CGS. Manejo da dor pós-operatório na Enfermagem Pediátrica: em busca de subsídios para aprimorar o cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60:87-91.
14. Aquino FM, Christoffel MM. Dor Neonatal: Medidas não-farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem. *Rev Rene*. 2010; 11:69-77.
15. Kanai KY, Fidelis WMZ. Conhecimento e percepção da equipe de enfermagem em relação à dor na criança internada. *Rev Dor*. 2010; 11:20-7.
16. Moura LA, Oliveira ACA, Pereira GA, Pereira LV. Dor pós-operatória em crianças: uma abordagem de gênero. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45:833-8.
17. Kreling MCGD, Nascimento LA. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. *Acta Enferm*. 2011; 24:50-4.
18. Andrade LMM, Neves RS. Dor como 5º sinal vital: avaliação e reavaliação em uma unidade de oncologia pediátrica. *Rev Sobep*. 2013; 13(2).
19. Monfrim XM, Saraiva LA, Moraes LM, Viegas AC. Escalas de avaliação da dor: percepção dos enfermeiros em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2015; 5(1):12-22. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/15049>. Acesso em: 7 mai 2015.
20. Amaral JB, Resende TC, Contim D, Barichello E. Equipe de enfermagem diante da dor do recém nascido pré-termo. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014; 18(2):241-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000200241&script=sci_arttext. Acesso em: 7 mai 2015.
21. Aymar CLG. Avaliação e manejo da dor na UTI neonatal: análise de uma intervenção educativa para os profissionais de saúde. *J Pediatr (Rio J)*. 2014; 90(3):308-15.
22. Rosário SSD et al. Assistência de enfermagem ao recém-nascido com dor em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Enferm UFPE on line*. 2014; 8(Supl. 1):2382-9.
23. Capellini VC, Daré MF, Castral TC, Christoffel MMC, Leite AM, Scochi CGS. Conhecimento e atitudes de profissionais de saúde sobre avaliação e manejo da dor neonatal. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2014; 16(2):361-9. Disponível em: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/23611>. Acesso em: 7 mai 2015.