



Avaliação da dor em pacientes sob cuidados em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão de literatura

Assessment of pain in patients under care in intensive care units: A literature review

Júlio César Coelho do Nascimento¹; Ludmila Cristina Souza Silva²;

¹Acadêmico de Enfermagem pela Faculdade Alfredo Nasser (UNIFAN), Aparecida de Goiânia – GO;

Email: enf.juliocesar@live.com.

²Enfermeira, Professora do curso de Enfermagem Faculdade Alfredo Nasser (UNIFAN), Aparecida de Goiânia – GO.

Resumo: A dor é uma das principais causas do sofrimento humano, que compromete a qualidade de vida e reflete no estado físico e psicossocial. O objetivo deste estudo é realizar um levantamento de como é avaliada a dor do paciente em cuidados intensivos. Trata-se de um estudo bibliográfico, exploratório e retrospectivo. Os dados foram obtidos através de literaturas, da busca em bases de dados, como BIREME, MEDLINE e SCIELO no período de 2006 a 2013, caracterizando assim como estudo retrospectivo. Foram utilizados os descritores: avaliação da dor, Unidade Terapia Intensiva, instrumentos para avaliação da dor. O passo seguinte foi uma leitura exploratória, os dados apresentados foram submetidos à análise de conteúdo. Posteriormente, os resultados foram discutidos com o suporte de outros estudos provenientes de revistas científicas e livros, para a construção do relatório final. Através da análise dos dados observou-se que a avaliação da dor em paciente sob cuidados em Unidade de Terapia Intensiva é um processo subestimado, isto é, a equipe de enfermagem que trabalha diretamente com este tipo de pacientes, por mais que conheça algum tipo de avaliação ainda, não se aderiu à prática.

Palavras-chave: Dor; Avaliação da dor; Unidades de Terapia Intensiva.

Abstract: The pain is a major cause of human suffering, which compromises the quality of life and reflects on the physical and psychosocial. The objective of this study is to conduct a survey of how being evaluated patient pain in intensive care. This is a bibliographic study, exploratory and retrospective. Data were obtained through literature, search in databases, as BIREME, SCIELO and MEDLINE for the period 2006-2013, thus characterizing the retrospective study. We used the descriptors: Pain assessment, intensive care unit, tools for pain assessment. The next step was exploratory reading; the data presented were subjected to content analysis. Subsequently, the results were discussed with the support of other studies from scientific journals and books for the construction of the final report. Through the analysis of the data showed that the assessment of pain in patients under care in the Intensive Care Unit is an underestimated process, this is, the nursing staff working directly with this type of patients, however who knows some kind of assessment has not yet adhered to the practice.

Keywords: Pain; Evaluation of Nursing; Intensive Care Unit.





Introdução

O cuidado intensivo surgiu da necessidade de uma observação efetiva e dirigida à pacientes em estados mais graves. No início da enfermagem, Florence Nightingale, na Guerra da Criméia, proporcionou a disposição de pacientes de tal maneira que os mais graves ficassem juntos, viabilizando uma observação mais criteriosa. Este foi o marco inicial dos cuidados intensivos.

Atualmente os cuidados intensivos são prestados em Unidades especializadas em Terapias Intensivas. A unidade é destinada ao cuidado de pacientes em estado crítico, consistindo de uma infraestrutura própria, contendo recursos materiais (monitores cardíacos, ventiladores mecânicos, oxímetro de pulso entre outros considerados essenciais na manutenção da vitalidade dos órgãos), e humanos especializados para garantir uma prática contínua e, nesse cenário, o enfermeiro é o líder da equipe de enfermagem que visa o restabelecimento das funções vitais do corpo¹.

Conforme pode ser observado, a Unidade de Terapia Intensiva – UTI, é um local com muitos ruídos, gerados pelos equipamentos e alarmes dos monitores. Sem dúvida, esses barulhos podem aumentar o nível de estresse dos pacientes, o que dificulta o processo de recuperação. No entanto, esse não é o principal problema apresentado em UTI. Os profissionais que atuam nesta área tem uma grande dificuldade em relação ao controle da dor. Uma vez que, na maioria dos casos, os pacientes se encontram sedados, dificultando assim a avaliação.

A dor é uma das principais causas do sofrimento humano, suscitando incapacidade, comprometimento da qualidade de vida e imensuráveis

repercussões psicossociais e econômicas: o que a torna um problema de saúde pública¹.

A UTI é um setor de alta complexidade, dotada de características físicas que propiciam maior vigilância e controle de pacientes. Ela centraliza recursos materiais e humanos que permitem um atendimento eficaz, conforme necessidade do paciente, com base numa filosofia de trabalho definida, onde a atuação da equipe multiprofissional deve estar voltada para o objetivo comum: a recuperação de pacientes².

Embora o objetivo da UTI seja a recuperação de pacientes em estado debilitado, os recursos materiais que geram ruídos, existentes dentro da unidade causam desconforto tanto para o profissional em função quanto ao paciente, com isso, pode-se retardar o processo de recuperação, uma vez que os ruídos podem alterar os níveis de estresse.

Os níveis de dB(decibéis) aceitáveis pelo Conselho Internacional de Ruídos já são indicadores de estresse ao pacientes e profissionais³, no entanto os parâmetros reais apresentados em hospitais sem sombra de dúvida geram um nível de intolerância muito maior do que o esperado. Tudo isso reflete no retardamento do processo de recuperação, refletindo assim em mais tempo na unidade e consequentemente elevando os indicadores de dor e principalmente de estresse.

Pelo senso comum, a ideia de se ter um paciente em UTI representa um risco de morte. Erroneamente, grande parte da população ainda acredita que a indicação dos cuidados intensivos traduz o fim da possibilidade de cura. No entanto, sabemos que esse paradoxo se deu a partir dos grandes índices de mortalidade provindas da Unidade. Embora as estatísticas demonstrem a redução desse índice, ainda se vê grandes problemas relacionados com os cuidados





prestados. O paciente sob cuidados intensivos experimenta dor, medo e ansiedade, sendo a dor o sintoma mais subestimado.

Assim como a temperatura corporal, pulso/frequência cardíaca, pressão arterial e frequência respiratória, são considerados sinais vitais básicos, muitos autores acreditam que a dor deve ser incluída nesses parâmetros. Desde do ano 2000, a tentativa de inclusão da dor como 5º sinal vital vindo sendo questionada. Justificam-se que, assim como a mensuração dos sinais vitais, a mensuração da dor deve adotar um protocolo que deve ser adotado em instituições de saúde e consequentemente seguido por todos envolvidos no atendimento ao paciente⁴.

A Sociedade Internacional para o Estudo da Dor (IASP), define a mesma como, uma experiência sensitiva emocional desagradável, relacionada à lesão tecidual, ou descrita em tais termos⁵.

A dor apresenta-se como um fenômeno subjetivo de difícil quantificação e qualificação pela diversidade de fatores fisiológicos, comportamentais e emocionais que lhes são inerentes. No entanto, a mensuração da dor é fundamental devido o papel que desempenha tanto no diagnóstico, como na terapêutica visando à melhora do quadro geral das pessoas acometidas⁶. Então, se há perturbação emocional causada pelo meio externo, há atraso no processo de cura, já que a mesma está ligada ao emocional.

Evidencia-se que o processo da doença tem sido dificultado pela falta de conhecimento ou de atenção de um ou de todos os elementos envolvidos no processo; como consequência ocorre a instalação da dor, do sofrimento ou até a interrupção de todo o processo de recuperação⁷.

A partir do mencionado acima, fica claro que o ambiente propicia o aumento de estressores e além de

elevarem os indicadores de sinais vitais, prejudica a estabilidade emocional.

A dor é o principal problema encontrado, mediante aos aumentos de índice de estressores, já que se trata de um fenômeno multidimensional, e muitas vezes os pacientes se encontram sobre efeitos de medicamentos, logo a oralidade se encontra prejudicada ou inexistente, o que dificulta a avaliação dos parâmetros de dor. Há casos em que o paciente se encontra com as habilidades orais preservadas, isso facilita a avaliação da dor, que não se deve negligenciar a descrição do paciente sobre o padrão, a intensidade, e a natureza da mesma, considerando que por ser subjetiva, somente o indivíduo pode descrevê-la da forma como é sentida. Escalas de avaliação podem ajudar na eficácia desse processo, que por sua vez irão refletir nas intervenções¹.

A mensuração da experiência dolorosa é tarefa desafiadora para aqueles que procuram manejá-la adequadamente, quer pela complexidade do fenômeno doloroso ou falta de um instrumento de medida ideal, que possibilite acesso preciso e acurado ao que o outro está sentindo. Nos casos de incapacidade cognitiva grave e impossibilidade de comunicação verbal das sensações, soma-se a impossibilidade de utilizar o autorrelato, padrão-ouro para reconhecer, avaliar a tratar a dor nas populações⁸.

Tendo em vista a dificuldade encontrada pelos profissionais de saúde na avaliação da dor de pacientes críticos, o objetivo deste estudo é realizar uma revisão sistemática sobre os instrumentos para avaliação da dor em pacientes sob cuidados intensivos.

Métodos

Trata-se de um estudo bibliográfico, exploratório e retrospectivo. Estudos bibliográficos são





aqueles que são desenvolvidos a partir de fontes já elaboradas – livros, artigos científicos, publicações periódicas⁹.

A escolha por este tipo de pesquisa se deu em razão da falta de aplicabilidade dos métodos existentes para avaliar a dor. Os dados foram obtidos através da busca de artigos escritos na língua portuguesa publicados em bases de dados, como BIREME, MEDLINE e SCIELO no período de 2005 a 2013, por meio das seguintes descritores: dor, avaliação da dor e Unidades de Terapia Intensiva.

Desta forma, buscaram-se artigos que respondessem a questão em revisão, adotando critérios de inclusão e exclusão. Critérios de inclusão: artigos que retratam a dor em Unidades de Terapia, bem como sua avaliação. Critérios de exclusão: artigos relacionados ao manejo da dor fora das Unidades de Terapias Intensiva.

A análise dos dados ocorreu através de leitura exploratória do resumo e título de cada artigo para verificar a relação da pesquisa com a questão norteadora deste estudo. Após busca na base de dados, foram encontrados 30 artigos, contudo somente 12 se enquadravam nos critérios de inclusão desta pesquisa. As demais 18 referências não tratam do manejo da dor em Unidades de Terapia Intensiva.

Para os artigos que atenderam os critérios de inclusão, foi realizada uma leitura analítica, exploratória e posteriormente categorização dos dados. A seguir, os dados apresentados foram submetidos à análise estatística simples e convertidos em tabelas do Programa Microsoft Office Word. Os resultados foram discutidos com o suporte de outros estudos provenientes de revistas científicas e livros, para a construção do relatório final.

Resultados e Discussão

Foram incluídos neste estudo 16 artigos, destes, 1 (6,25%) foi publicado em 2005, 2 (12,5%) publicados no ano de 2006, 1 (6,25%) publicado em 2007, 3 (18,75%) publicados em 2008, 2 (12,5%) publicados no ano de 2010, 2 (12,5%) publicado em 2011, 3 (18,75%) publicados em 2012 e 2 (12,5%) publicados no ano de 2013. Observa-se então, que nos anos de 2012 e 2008 houve um maior índice de publicação sobre Avaliação da dor em pacientes sob cuidados em Unidades de Terapia Intensiva.

Identificou-se que o controle da dor é uma questão que envolve interesse de diversos profissionais. Partindo dessa percepção, o controle para o alívio da dor, bem como os sofrimentos associados, deve ser acompanhado por uma equipe multidisciplinar formada por médicos, psicólogos, fisioterapeutas e principalmente enfermeiros, pois este é o profissional que mais presta assistência ao paciente com dor. A dor tem sido cada vez mais estudada pela sua alta prevalência na população em geral, seja nas pessoas que procuram os consultórios médicos ou em doentes hospitalizados. Trata-se de um problema que merece atenção especial, por ser o sintoma predominante ou até a única manifestação clínica inicial em uma grande variedade de enfermidades. Uma investigação cuidadosa da dor e das características do doente com dor é fundamental na elaboração do raciocínio diagnóstico da condição subjacente ao quadro apresentado pelo paciente¹¹.





Tabela 1. Caracterização dos artigos estudados com abordagem exclusiva na Avaliação da dor em pacientes sob cuidados em Unidades de Terapia Intensiva.

Revista	Autores	Título	Ano de publicação
J. Pediatr. ¹⁰	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.	2005
Rev. Online Braz. J. Nurs. ¹¹	Barbosa FS, Valle IN.	Dor em recém nascidos: avaliação e tratamento não-farmacológico em UTI neonatal.	2006
Anais do 8º Simbodor - Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor ¹²	Barros N.	Avaliação Clínica do Doente com Dor	2007
Rev. Bras. Saúde Matern. Infant ¹³	Nicolau CM, Pigo JDC, Bueno M, Falcão MC.	Avaliação da dor em recém-nascidos prematuros durante a fisioterapia respiratória	2008
J. Pediatr. ¹⁴	Elias LSDT, Guinsburg R, PCA, Balda RCX, Santos AMN.	Discordância entre pais e profissionais de saúde quanto à intensidade da dor no recém-nascido criticamente doente	2008
Cienc. Cuid. Saúde. ¹⁵	Lemos S, Miguel EA.	Caracterização do manejo da dor, realizado pela equipe de enfermagem, na unidade de terapia intensiva pediátrica.	2008
Rev. Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição ²	Lima SR, Guimarães SPS, Brasileiro ME.	Análise de fatores para pacientes em Unidade Terapia Intensiva: Uma revisão bibliográfica	2010
Rev. Texto Contexto Enferm ¹ .	Botega FH, Fontana RT.	A dor como quinto sinal vital: Utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral.	2010
Rev. Gaucha Enferm. ¹⁶	Frizon G, Nascimento ERP,	Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados.	2011





	Bertoncello KCG, Martins JJ.		
Rev. RENE ¹⁷	Silva CCS, Vasconcelos JMB, Nóbrega MM.	Dor em pacientes críticos sob a ótica de enfermeiros intensivistas: avaliação e intervenções.	2011
Rev. Perspectivas ¹⁸	Pinto CMI, Santoro DC, Silva J.	Um estudo sobre atividades relacionadas a intervenções de enfermagem para o controle da dor no cenário da terapia intensiva.	2012
Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min. ¹⁹	Falcão ACMP, Sousa ALS, Stival MM, LLR.	Abordagem terapêutica da dor em neonatos sob cuidados intensivos: uma breve revisão	2012
Rev. Bras. Enferm. ²⁰	Santos LM, Pereira MP, Santos LFN, Santana RCB.	Avaliação da dor no recém-nascido premature em Unidade de Terapia Intensiva.	2012
Rev. Gaucha Enferm. ²¹	Souza RCS, GDM, Sanches MB, Gallo AMA, MCPB, Siqueira ILCP.	Conhecimento da equipe de enfermagem sobre avaliação comportamental de dor em paciente crítico.	2013
Rev. Dor ²²	Martins SW, Dias FS, Enumo SRF, Paula KMP.	Avaliação e controle da dor por enfermeiras de uma unidade de terapia intensiva neonatal	2013

Total: 16

Embora a avaliação seja de suma importância na compreensão da dor, não há instrumentos específicos para o registro. Cada paciente tem sua particularidade, ou se encontra em níveis de consciência diferente, assim se vê a necessidade de aplicar a cada indivíduo uma escala de avaliação conforme sua capacidade de responder ao estímulo que

se espera a partir do método escolhido. Verbalizando ou não, o paciente é o único que pode medir sua verdadeira dor, desse modo, entende-se que as escalas surgem com a finalidade de otimizar o processo de avaliação.

As escalas de dor são instrumentos que facilitam a interação e comunicação entre os membros





da equipe de saúde, permitindo avaliar a evolução da dor em cada paciente e a verificar a resposta frente a terapia analgésica ¹².

O alívio da dor e a promoção de conforto são intervenções essenciais que envolvem, além do conhecimento científico e habilidade técnica, questões humanitárias e éticas da prática da enfermagem. A importância do estudo da dor deve-se ao fato de que a sensação gera estresse, sofrimento e desconforto para o paciente e sua família.

Neste contexto, com o intuito de aprimorar o tratamento da dor a *Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations* - JCAHO (Comissão Conjunta de Acreditação das Organizações de Saúde) estabeleceu como indicador de qualidade da assistência, a avaliação da dor como quinto sinal vital. Portanto, deveria ser avaliada e registrada ao mesmo tempo em que são verificados os outros sinais vitais, para que se normalize sua avaliação, bem como, a conduta tomada, sua fundamentação e os resultados obtidos ²³.

Com o intuito de se avaliar a sensação algica foram criados instrumentos de mensuração (Escala Visual Numérica (EVN), graduada de zero a dez, nas quais zero significa ausência de dor e dez, a pior dor imaginável; e a Escala Visual Analógica (EVA), que consiste de uma linha reta, não numerada, indicando-se em uma extremidade a marcação de "ausência de dor", e na outra, "pior dor imaginável"). Entretanto, pacientes que se encontram em assistência intensiva têm maiores dificuldades em relatar verbalmente sua dor devida tanto aos tubos conectados como à condição física em que se apresentam. Logo as escalas que podem ser mais apropriadas para utilizar neste ambiente seriam as escalas analógicas visuais, as de faces e as de categorias ²⁴.

Embora se tenha dificuldade em aplicar os métodos de avaliação da dor em Unidade de Terapia Intensiva, devido o estado crítico do paciente. Verifica-se que a escala Analógica Visual pode ser de grande utilidade para esta avaliação, é um instrumento simples, consiste frequentemente em uma linha reta, de 10 cm, que representa a contínua dor, ancorada pelas palavras sem dor e pior dor. Pode ser uma linha vertical ou curva, de diferentes comprimentos. Solicita-se que o indivíduo marque na linha o lugar que representa a intensidade da dor sentida. O observador deve medir, em centímetros, a distância entre a extremidade ancorada pelas palavras sem dor e a marca feita pelo paciente, que corresponderá à intensidade de sua dor ¹⁷.

A Escala Analógica Visual requer nível maior da função cognitiva. Algumas variações têm sido sugeridas para remediar essas limitações. Essa escala pode ser inapropriada para pacientes com baixos níveis de educação e com alterações cognitivas e visuais.

Escalas de faces consistem de uma série de faces expressando níveis progressivos de angústia. Solicita-se ao paciente que escolha a face que representa a intensidade de sua dor.

Escalas numéricas permitem quantificar a intensidade da dor usando números. Geralmente possui 11 pontos, de 0 a 10. Outras possíveis são: de 6 pontos (0 a 5); de 21 pontos (0 a 20) e de 101 pontos (0 a 100). No caso da primeira, o ponto 0 (zero) representa nenhuma dor e 10 (dez) representa a pior dor possível. Os demais números representam quantidades intermediárias de dor. Podem ser aplicadas gráfica ou verbalmente ¹⁷.

A dor é influenciada por fatores culturais, situacionais e, também, pela atenção, motivação, emoção e outras variáveis psicológicas, além de





variáveis externas. A maior parte da informação necessária para se adequar um procedimento de avaliação da dor origina-se do que o paciente relata, complementada pela avaliação física¹⁵.

O controle efetivo da dor exige que os profissionais de saúde tenham interesse em aplicar inúmeras intervenções para conseguir os resultados ideais. Os métodos de redução da dor podem ser agrupados em duas categorias: não-farmacológicos e farmacológicos. Sempre que possível, ambos devem ser empregados, no entanto, as medidas não-farmacológicas não constituem substitutos para os analgésicos²⁵.

A indicação de fármacos à pacientes sob cuidados intensivos requer uma série de fatores associativos, pois cada droga administrada pode induzir a efeitos adversos e, além disso, pode acarretar outros problemas. Existe a possibilidade de cura ou não, isto é, uma balança entre risco *versus* benefícios.

O Midazolan e o propofol são os fármacos mais utilizados na prática de sedação para pacientes internados em UTI²³. Apesar de ambos promoverem a estabilidade hemodinâmica, a utilização prolongada pode acarretar em complicações infecciosas. A analgesia é realizada por meio de administração de opióides (morfina, fentanil, remifentanil e outros conforme sintomas apresentados)¹⁷. Opióides, benzodiazepínicos e propofol são os medicamentos básicos para dar conforto ao paciente e facilitar a ventilação mecânica⁸.

Os analgésicos opióides e os agentes antiinflamatórios são os principais analgésicos prescritos para o controle de dor. Essas medicações possibilitam alívio rápido da dor, variando de minutos a horas. Contudo, as categorias remanescentes de analgésicos, chamados analgésicos adjuvantes (ou

coadjuvantes), têm indicações primárias aprovadas pelo FDA (*Food and Drug Administration*) para diagnósticos não-dolorosos, apresentando efeitos analgésicos secundários. Os analgésicos adjuvantes não fornecem alívio imediato da dor, seus efeitos mostram-se perceptíveis mais tardiamente, após dias ou semanas de uso²⁵.

Vale ressaltar que, o uso contínuo dos fármacos citados acima pode originar ação depressora do sistema nervoso central²⁵, uma vez que o paciente se encontra limitado e isso tudo gera a queda da imunidade, desta forma propicia-se o retardamento da cura.

A Organização Mundial de Saúde – OMS preconiza o efetivo controle da dor como uma das três prioridades no sistema de saúde pública. Sugere que os governos incluam programas de controle da dor no âmbito do sistema de saúde, a fim de melhorar a qualidade de vida dos doentes²⁶.

A dor se tornou questão de saúde pública por estar associada a outros fatores que interferem no processo de recuperação deste modo, entende-se que o paciente com dor permanece mais tempo hospitalizado, aumentando a probabilidade de se adquirir uma infecção hospitalar.

Conclusão

Identificou-se que existe uma grande dificuldade em controlar a dor do paciente crítico. Normalmente os pacientes se encontram sedados, de modo a dificultar a avaliação e uma possível intervenção. Observou-se que a avaliação da dor é extremamente importante para o próprio controle, no entanto não há instrumentos específicos para o registro. Cada paciente tem sua particularidade, ou se encontra em estados diferentes, assim percebe-se a necessidade





de aplicar a cada indivíduo uma escala de avaliação conforme sua capacidade de responder a estímulo que se espera a partir do método escolhido.

Percebe-se que o paciente é único que pode avaliar sua verdadeira dor. Partindo desse pressuposto fica clarividente que as escalas surgem com finalidade de otimizar o processo de avaliação, já que as características são peculiares e individuais.

Quanto a aplicabilidades das técnicas de avaliação por parte dos envolvidos no processo de recuperação do paciente crítico é necessário estratégias de incentivo ao desenvolvimento da técnica de forma adequada e a ampliação sobre os métodos mais eficazes para a avaliação da dor.

Referências

1. Botega FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: Utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Rev. Texto Contexto Enferm.* 2010 Abr./Jun.; 19 (2): 283- 90p.
2. Lima SR, Guimarães SPS, Brasileiro ME. Análise de fatores para pacientes em Unidade Terapia Intensiva: Uma revisão bibliográfica. *Rev. Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição* 2010; Jan./Jul.; 1(1): 1-16p.
3. Knobel E, Laselva CR, Junior FD. *Terapia intensiva: Enfermagem.* São Paulo: Editora Atheneu; 2006.
4. Ribeiro NCA, Barreto SCC, Hora EC, Sousa RMC. O enfermeiro no cuidado à vítima de trauma com dor: o quinto sinal vital. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2011; 45(1): 146-52p.
5. Pedrosa RA, Celich KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para cuidar em Enfermagem. *Rev. Texto e Contexto Enferm.* 2006; 15(2): 270-6p.
6. Duarte AS. Instrumentos para avaliação dor no paciente com prejuízo cognitivo: Uma revisão sistemática [Monografia]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.
7. Nightingale F. Trad. Belem J. Anotações de enfermagem, o que é, e o que não é. 1ª ed. São Paulo: Rideel; 2010.
8. De Araujo RS, Pereira LV. Versão brasileira do Instrumento de Avaliação da Dor em Paciente Não Comunicativo (NOPPAIN): equivalência conceitual, de itens e semântica. *Rev. Cad. Saúde Pública.* 2012 Out.; 28(10): 1985-1992p.
9. Fernandes FHO, Pigari SR, Brasileiro, ME, Azevedo AJ. Ações de enfermagem na prevenção de úlcera por pressão em pacientes críticos: o que o enfermeiro pode fazer? *Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição.* 2010 Jan./Jul.; 1 (1): 1-16p.
10. 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. *J Pediatr (Rio J).* 2005;81(5):405-10p.
11. BARBOSA, F.S.; VALLE, I.N. Dor em recém-nascidos: um estudo descritivo sobre avaliação e tratamento não farmacológico na UTI. *Online Braz J Nurs.* 200 ;5 (2): 11p.
12. Barros N. Avaliação Clínica do Doente com Dor. *Anais do 8º Simbodor - Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor;* 2007 Out 25-27; São Paulo. São Paulo: Office Editora; 2007. p.29- 31.
13. 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. *Jornal de Pediatria* 2008; 84(1):35-40p.
14. Andrade FA, Pereira VL, Sousa FAEF. Mensuração da dor no idoso: Uma revisão. *Rev. Latino Am. Enfermagem.* 2006 Mar./Abr.; 14(2): 271-6p.
15. Frizon G, Nascimento ERP, Bertinello KCG, Martins JJ. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(1).
16. Silva CCS, Vasconcelos JMB, Nobrega MML. Dor em pacientes críticos sob a ótica de enfermeiros intensivistas: Avaliação e Intervenções. *Rev. Rene.* 2011 Jul./Set.; 12(3): 540 – 7p.





17. Pinto CMI, Santoro DC, Silva J. Um estudo sobre atividade relacionadas a intervenções de enfermagem controle da dor no cenário da Terapia Intensiva. [acesso 18 de out 2013]. Rev. Perspectivas. 2012; 6(2). 70-75p.
18. Falcão ACMP, Sousa ALS, Stival MM, LLR. Abordagem terapêutica da dor em neonatos sob cuidados intensivos: uma breve revisão. Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min. 2012; 2(1).
19. Nicolau CM, Pigo JDC, Bueno M, Falcão MC. Avaliação da dor em recém-nascidos prematuros durante a fisioterapia respiratória. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2008; 8(3):285-90p.
20. Souza RCS, GDM, Sanches MB, Gallo AMA, MCPB, Siqueira ILCP. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre avaliação comportamental de dor em paciente crítico. Rev. Gaúcha Enferm. 2013 Sept.; 34(3).
21. Martins SW, Dias FS, Enumo SRF, Paula KMP. Avaliação e controle da dor por enfermeiras de uma unidade de terapia intensiva neonatal. Rev. Dor. 2013 Jan./Març.; 14(1).
22. Santos LM, Ribeiro IS, Santana RCB. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Bras. Enferm. 2012 Mar./Abr.; 65(2): 269-75p.
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): 1074-1081p.
24. Lemos S, Miguel EA. Caracterização do manejo da dor, realizado pela equipe de enfermagem, na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Cienc. Cuid. Saúde. 2008; 7 (suplem 1): 82-87p.
25. Sakata RK. Analgesia e sedação em unidade de terapia intensiva. Rev Bras. Anesthesiol. 2010; 6(60): 653-658p.
26. Serrano SA. Analgésicos Não-Opióides. Anais do 8º Simbidor - Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor; 2007 Out. 25-27; São Paulo. São Paulo: Office Editora; 2007. p.321- 322.

