

## Gerenciamento da Dor na SBIBHAE

### Definição

Diretriz que expressa regras gerais aplicadas na avaliação e no tratamento da Dor na SBIBHAE.

Na SBIBHAE a dor é considerada o quinto sinal vital. O paciente é ativamente questionado quanto à presença de dor e tem o direito a avaliação e gerenciamento da dor de forma apropriada.

Este documento descreve as ações da equipe assistencial a serem realizadas para a identificação, avaliação, controle e reavaliação da dor.

### Objetivos

- Assegurar que todos os pacientes sejam avaliados de maneira ativa para a ocorrência de dor;
- Padronizar as escalas de avaliação de dor que devem ser utilizadas na SBIBHAE;
- Orientar a equipe assistencial (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e psicólogo) quanto avaliação da dor;
- Orientar a equipe assistencial quanto à escolha e a aplicação das escalas de avaliação da dor designadas pela instituição de acordo com as características do paciente;
- Orientar a equipe assistencial quanto à reavaliação da dor;
- Definir o papel dos profissionais que compõem a equipe assistencial no que diz respeito ao registro em prontuário da avaliação, tratamento, reavaliação da dor;
- Assegurar que paciente e família sejam orientados pela equipe assistencial quanto à avaliação e tratamento da dor na SBIBHAE;
- Orientar quanto ao acionamento do risco dor;
- Direcionar o treinamento da equipe assistencial quanto à avaliação, tratamento e reavaliação da dor;

## Indicação

Aplica-se as todas as unidades de atendimento à pacientes da SBIBHAE (internados, externos/ambulatoriais).

## Instruções Específicas

A dor pode, comumente, fazer parte da experiência do paciente. A dor sem alívio tem efeitos físicos e psicológicos adversos.

Com base no escopo de serviços oferecidos, a SBIBHAE tem processos estabelecidos para gerenciar adequadamente à dor como descrito abaixo:

1. Identificação do paciente com dor;
2. Seleção e aplicação da escala de avaliação de dor (escalas de mensuração da dor padronizadas para utilização SBIBHAE);
3. Reavaliação da dor/escore de dor;
4. Estabelecer ações farmacológicas e/ou não farmacológicas para tratamento e controle da dor;
5. Registro adequado;
6. Acionamento do Risco Dor;
7. Orientação do paciente/família sobre gerenciamento da dor na SBIBHAE;

## Descrição

### **1. Identificação do paciente com dor:**

- os pacientes serão questionados quanto à presença de dor no momento da admissão em todas as unidades de atendimento da SBIBHAE;
- a identificação do paciente com dor pode ser feita por qualquer um dos membros da equipe assistencial (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo ou psicólogo), no entanto o enfermeiro é o profissional de referência da equipe assistencial e é sua responsabilidade garantir que as ações relacionadas ao gerenciamento da dor sejam desencadeadas e que o paciente seja adequadamente assistido;
- mesmo que a dor não faça parte do relato espontâneo do paciente no momento da admissão o profissional da equipe assistencial deverá fazer o questionamento quanto à presença de dor;

- nas unidades onde o paciente não tem contato com o enfermeiro o profissional da equipe assistencial que admite o paciente na unidade e faz a primeira avaliação é responsável por escolher a escala que será utilizada para mensurar o escore de dor e por dar continuidade às ações de gerenciamento da dor e esta rotina específica deve estar descrita em documentação institucional;

## **2. Seleção e aplicação da escala de avaliação de dor (escalas de mensuração da dor padronizadas para utilização SBIBHAE):**

- a seleção da escala que será utilizada para mensuração do escore de dor deve ser feita pelo médico ou enfermeiro;

- nas unidades onde o paciente não for atendido pelo médico ou enfermeiro os demais membros da equipe multiprofissional (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo ou fonoaudiólogo) serão responsáveis por selecionar e aplicar a escala de dor, e esta rotina da unidade deve estar descrita em documento institucional;

### **2.1. Quadro de indicação de uso das escalas de mensuração do escore de dor.**

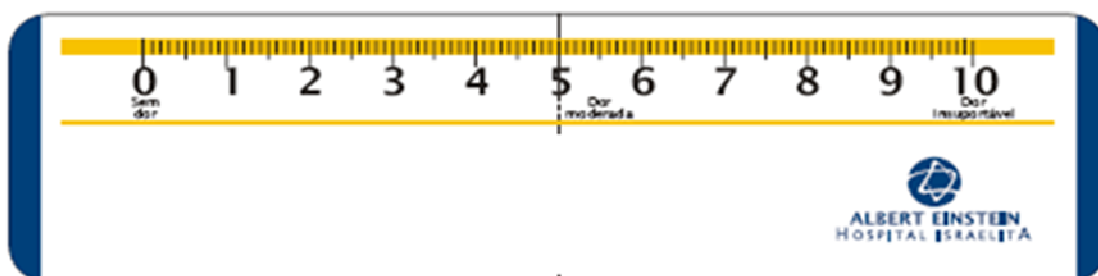
<b>Escalas</b>	<b>Indicação</b>	<b>Dificuldades em</b>
Escala Visual ou Verbal Numérica	Adultos e crianças acima 6 anos	Idosos
Escala Visual Analógica	Adultos	Limitações cognitivas
Escala de Faces	Adultos e Crianças acima 3 anos	Limitações cognitivas
NIPS	Neonatos e crianças até 2 anos	Sedação em UTI
FLACC	Crianças 0 a 6 anos	Sedação em UTI
Sinais Sugestivos de Presença de Dor	Adultos e crianças com limitações Cognitivas	Mensurar dados mais objetivos
Comfort Behavior	Avaliar sedação em crianças	Não há
Escala de Sedação	Avaliar sedação em adultos	Não há

## 2.2. Quadro comparativo: tipo de escala X intensidade da dor.

Escalas	Sem Dor	Dor leve	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor insuportável
Escala Visual ou Verbal Numérica	0	1-3	4-6	7-9	10
Escala Visual Analógica	0	–	–	–	10
Escala de Faces*	0	1-2	3	4	5
Escala NIPS*	0	1-2	3-5	-	6-7
FLACC	0	1-3	4-6	7-9	10

## 2.3. Escala Visual ou Verbal Numérica (EVN):

A escala de categoria numérica é uma das escalas mais comumente utilizadas para a mensuração da intensidade da dor em contextos clínicos. A tarefa é bem simples, o paciente estima a sua dor numa escala de 0 a 10, com 0 representando “nenhuma dor” e o 10 “a dor máxima imaginável”. Tem como vantagem permitir uma pontuação precisa, sendo de rápida aplicação. Como desvantagens destacam-se a dificuldade em aplicá-la na população de idosos, analfabetos e pacientes com déficits cognitivos ou compreensão insuficiente da linguagem.

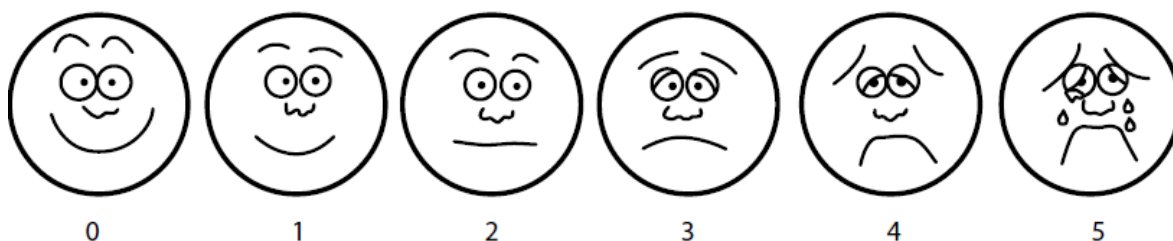


## 2.4. Escala Visual Analógica (EVA)

Ela consiste de uma linha de 10 cm, com âncoras em ambas as extremidades. Numa delas é colocado o descritor “nenhuma dor” e na outra extremidade o descritor verbal “a pior dor imaginável”. Uma régua é usada para quantificar a mensuração numa escala de 0 – 100mm.

## 2.5. Escala de Faces de Dor

A escala de Faces de Dor para adultos e crianças apresenta categorias de descritores visuais, usando expressões faciais refletindo magnitudes de intensidades de dor diferentes. Ela consiste de seis imagens de faces com várias expressões. O paciente seleciona a face que é consistente com o seu nível atual de dor, após isto, a face escolhida é convertida na Escala Numérica. Pode-se ainda, colocar números e palavras abaixo das expressões faciais para simplificar o uso da escala. O processo de avaliar a intensidade da dor com esta escala é simples e eficiente.



### Legenda da Escala de Faces de Dor:

0 - Sem Dor, 1 a 2 - Dor Leve, 3 - Dor Moderada, 4- Dor Forte e  
5 - Dor Insuportável

**2.6. Escala NIPS** - indicada para neonatos e crianças até 2 anos. Analisa critérios fisiológicos e comportamentais. O escore pode variar de 0 a 7, sendo que quanto maior o escore, maior a dor sentida pela criança

Escala comportamental de dor para recém-nascidos Neonatal *Infant Pain Scale* (NIPS)<sup>2</sup>

Parâmetro	0	1	2
Expressão facial	relaxada	contraída	-
Choro	ausente	resmungos	vigoroso
Respiração	relaxada	alterada	-
Braços	relaxados	fletidos/estendidos	-
Pernas	relaxadas	fletidas/estendidas	-
Estado de consciência	dormindo/calmo	desconfortável	-

Significado da pontuação: 0 sem dor; 1-2 dor fraca; 3-5 moderada; 6-7 forte

**2.7. Escala de Avaliação da Dor – FLACC** (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*). Utilizada para pacientes pediátricos de 0 a 6 anos.

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
Face	Nenhuma expressão especial ou sorriso	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse	Tremor freqüente do queixo, mandíbulas cerradas
Pernas	Normais ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Chutando ou esticadas
Atividade	Quieta, na posição normal, movendo-se facilmente	Contorcendo-se, movendo-se para frente e para trás, tensa	Curvada, rígida ou com movimentos bruscos
Choro	Sem choro (acordada ou dormindo)	Gemidos ou choramingos; queixa ocasional	Choro continuado, grito ou soluço; queixa com freqüência
Consolabilidade	Satisfeita, relaxada	Tranqüilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraída	Difícil de consolar ou confortar

**Legenda da Escala FLACC:**

0= Nenhuma dor

1- 3= dor leve

4-6= dor moderada

7-9= dor intensa

10= dor insuportável

## 2.8. Escala de Avaliação de Sedação: Comfort Behavior

Usada para crianças em ventilação mecânica de qualquer idade, associada à escala de avaliação de dor adequada a idade.

1. Nível de Consciência: alerta	Escore	Valor	5. Movimento físico	Escore	Valor
Sono profundo	1		Ausência de movimento	1	
Sono superficial	2		Movimento leve ocasional	2	
Letárgico	3		Movimento leve freqüente	3	
Acordado e alerta	4		Movimento vigoroso limitado às extremidades	4	
Hiperalerta	5		Movimento vigoroso que inclui tronco e cabeça	5	
2. Calma/agitação	Escore	Valor	6. Tônus muscular	Escore	Valor
Calma	1		Totalmente relaxado	1	
Ansiedade leve	2		Hipotônico	2	
Ansioso	3		Normotônico	3	
Muito ansioso	4		Hipertônico com flexão dos dedos e artelhos	4	
Amedrontado	5		Rigidez extrema com flexão de dedos e artelhos	5	
3. Resposta respiratória: somente se VM	Escore	Valor	7. Tensão facial	Escore	Valor
Ausência de tosse e de respiração espontânea	1		Músculos faciais totalmente relaxados	1	
Respiração espontânea com pouca ou nenhuma resposta a ventilação	2		Tônus facial normal, sem tensão evidente	2	
Tosse ou resistência ocasional ao ventilador	3		Tensão evidente em alguns músculos faciais	3	
Respirações ativas contra o ventilador ou tosse regular	4		Tensão evidente em toda a face	4	
Compete com o ventilador, tosse	5		Músculos faciais contorcidos	5	
4. Choro: se paciente com respiração espontânea	Escore	Valor	8. Total		
Respiração silenciosa, sem som de choro	1		<b>Legenda:</b> - entre 6 e 10= muito sedado - entre 11 e 22= sedação moderada - entre 23 e 30= pouco sedado		
Resmungando/choramingando	2				
Reclamando	3				
Choro	4				
Gritando	5				

**2.9. Critérios Sugestivos de Presença de Dor em Pacientes com Limitações Cognitivas Graves** (ex. Alzheimer avançado, prejuízo da cognição, coma - induzido ou não). Considerar e avaliar as seguintes características:

**A. diagnóstico e condições clínicas com potencial de provocar dor:**

- .-câncer metastático;
- .-doenças articulares com deformidades;
- .-úlceras de decúbito;
- .-pós-operatório de cirurgias de médio e grande porte;
- .-queimados;
- .-exames e procedimentos invasivos;
- .-procedimentos potencialmente dolorosos (banho, troca de curativos; fisioterapia).
- presença de drenos (ex. tórax, mediastino)

**B. comportamento do paciente inclui:**

- adoção de postura de proteção (ex. resistência a certos movimentos durante os cuidados)
- movimento de retirada do estímulo doloroso
- agitação persistente, mesmo após medidas não farmacológicas de conforto;
- diminuição do nível de atividade;
- expressão facial de sofrimento;
- vocalização (gemência, choro);
- alteração do padrão de sono e
- diminuição do apetite ou ingestão alimentar.

A presença de qualquer destas alterações, sugere a presença de dor e, neste caso, o paciente deverá ser monitorado e uma adequada prescrição para dor deve ser instituída.

Anotar as observações que sugerem presença de dor na evolução de enfermagem.

No impresso do prontuário onde está o espaço para anotar o escore de dor escrever: paciente não comunicativo - vide evolução/anotações de enfermagem.

Observação: a escala de Faces de Dor pode ser utilizada para pacientes com

déficit cognitivo ou de comunicação leves que consigam compreender e apontar seu escore de dor.

### **2.10. Escala de Sedação**

Todos os pacientes que utilizam escalas de mensuração da dor e recebem tratamento da dor com opióides e outros medicamentos que atuem no SNC (ex: antidepressivos e anticonvulsivantes), devem ser avaliados quanto à sedação:

- 0- Acordado (seguir com monitoramento habitual);
- 1- Sedação leve, paciente acorda ao chamado verbal (seguir com monitoramento habitual);
- 2- Sedação moderada, paciente sonolento, só acorda ao estímulo vigoroso (seguir com monitoramento intensivo);
- 3- Sedação intensa, difícil despertar, confuso ou desorientado (necessita de avaliação médica).

**ATENÇÃO:** Se Escala de Sedação for maior ou igual a 2 e o paciente persistir com dor o médico deve ser comunicado para reavaliação e conduta. Nos casos de urgência e emergência, acionar o serviço de apoio da área, conforme política institucional de atendimento a emergências e urgências.

### **3. Estabelecer ações farmacológicas e/ou não farmacológicas para tratamento e controle da dor**

- as ações farmacológicas são definidas pelo médico em prescrição e devem seguir uma seqüência lógica no que tange o tipo de dor do paciente (aguda ou crônica) conforme indicação da Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde (OMS);
- os medicamentos prescritos no regime “se necessário” devem conter a indicação da necessidade e a freqüência que devem ser administrados;
- o enfermeiro baseado em seus conhecimentos sobre os medicamentos prescritos e no quadro clínico do paciente é responsável por adequar o uso dos medicamentos através do aprazamento, adequando os horários de administração de acordo com as necessidades do paciente e os objetivos terapêuticos;

- quando houver mais de um medicamento prescrito no regime “se necessário” o enfermeiro deverá considerar a Escada Analgésica da OMS para selecionar o mais adequado;
- quando houver medicamentos de mesma classe prescritos no regime “se necessário” (por exemplo, dois antiinflamatórios) o enfermeiro poderá consultar o farmacêutico clínico ou o médico para auxiliá-lo na escolha do medicamento de acordo com o quadro clínico do paciente;
- o farmacêutico clínico poderá ser consultado quando houver dúvida quanto à ação dos medicamentos (analgésicos) prescritos;
- as ações não farmacológicas podem ser utilizadas em conjunto ou não com as ações farmacológicas;
- a equipe de enfermagem pode instituir ações não farmacológicas em associação às farmacológicas para controle da dor, por exemplo, uso de compressas, posicionamento no leito, massagem de conforto;
- existem ações não farmacológicas desenvolvidas pela equipe multiprofissional (médico especialista, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional) que devem ter solicitação do médico em prescrição;
- rotinas específicas no uso de ações farmacológicas ou não farmacológicas devem estar descritas em documentação institucional;

#### **4. Reavaliação da dor**

- depois de instituídas ações farmacológicas ou não farmacológicas para tratamento e controle da dor o técnico de enfermagem ou enfermeiro são responsáveis por reavaliar a dor do paciente quanto a melhora ou piora utilizando a mesma escala selecionada inicialmente;
- a reavaliação da dor aguda deve ser feita até no máximo de 1 em 1 hora até se atingir melhora da dor;
- em pacientes portadores de dores crônicas ou persistentes, esta reavaliação deve ser feita até no máximo de 1 em 1 hora até se atingir escores equivalentes a dor leve;
- nas unidades onde o paciente não tenha contato com a equipe de enfermagem a reavaliação do escore de dor deve ser feita pelo profissional da equipe assistencial responsável pelo atendimento (fisioterapeuta, terapeuta

ocupacional, psicólogo ou fonoaudiólogo) e esta rotina específica da unidade deverá estar descrita em documentação institucional.

- uma nova escala diferente da utilizada inicialmente poderá ser selecionada caso ocorra mudança no quadro clínico do paciente;
- rotinas específicas relacionadas à reavaliação do paciente devem estar descritas em documentação institucional;
- sobre os critérios para alta do paciente no que diz respeito à dor em algumas situações o paciente pode receber alta com alguma dor que possa estar relacionada ao próprio tratamento (por exemplo: ferida operatória) ou a uma condição de dor crônica; o importante é que o paciente receba alta com um plano terapêutico que contemple a continuidade do tratamento e o controle da dor no domicílio;

## **5. Registro**

- no momento da admissão nas unidades de atendimento/assistência o paciente deve ser questionado quanto à presença de dor e o escore de dor deve ser registrado em local específico no prontuário;
- deve constar nos registros em prontuário a escala selecionada para mensuração do escore dor;
- a equipe de enfermagem deve fazer os registros de escore de dor do paciente nos impressos de Avaliação Inicial, triagem (Emergency Severity Index) e impresso de controles no quadro de “manejo da dor”;
- a equipe de enfermagem é responsável por garantir o registro do escore de dor no quadro de “manejo da dor” no impresso de controles;
- não é permitido o uso da expressão “não se aplica” (N/A) nos registros de dor, pois não evidencia que o paciente foi questionado quanto à presença de dor;
- no quadro “manejo da dor” no item local deve estar descrito o local onde o paciente sente dor (por exemplo: cabeça, abdome) e não diagnósticos (por exemplo: cefaléia, apendicite);
- no quadro “manejo da dor” no item ação deve estar descrito respectivamente: F para ação Farmacológica, NF para ação Não Farmacológica, N para nenhuma ação e O para observação;

- todas as ações farmacológicas e não farmacológicas instituídas para o tratamento da dor devem estar descritas no prontuário do paciente;
- nas unidades onde não seja utilizado o quadro de “manejo da dor” o registro da escala utilizada, hora de avaliação, ações e a resposta do paciente depois de instituído tratamento e ações para controle da dor devem estar descritos no prontuário do paciente;
- o enfermeiro deve contemplar o controle da dor no Plano de Cuidados do paciente;
- quando o paciente não apresentar queixa de dor esta informação será descrita na anotação de enfermagem (por exemplo: “nega dor” ou “sem queixas álgicas”) em concordância com os horários de verificação dos sinais vitais;
- médicos devem fazer os registros referentes às avaliações de dor do paciente no impresso de evolução médica;
- o médico deverá registrar a elaboração de um plano terapêutico/condução na evolução médica;
- fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e psicólogo devem fazer os registros referentes às avaliações de dor do paciente no impresso de evolução multiprofissional;
- unidades com rotinas específicas devem garantir o registro do escore de dor em impresso que contemple esta informação e esta rotina deve estar descrita em documentação institucional;
- a recusa do paciente em submeter-se ao tratamento, aguardar a reavaliação, ser avaliado por especialista (se houver indicação) ou ser internado para controle da dor deve ser registrada em prontuário;
- nas descrições de avaliações e reavaliações da dor é importante constar: localização, irradiação, duração (segundos, minutos, horas), periodicidade (contínua, intermitente), características (pontadas, choques, queimação, aperto, peso, etc), fatores desencadeantes, fatores de melhora, fatores de piora, sintomas associados e tratamentos anteriores realizados;
- qualquer recusa do paciente com dor em receber tratamento farmacológico ou não farmacológico, em aguardar resposta do tratamento, em ser internado para

tratamento ou avaliado por especialista após indicação médica deve ser registrada em prontuário;

## **6. Acionamento do Risco Dor**

- em casos de dor refratária ao tratamento, o enfermeiro deverá acionar o Risco Dor;
- a dor refratária refere-se a dores agudas de Intensidade moderada ou forte por 24 horas sem melhora com analgesia prescrita e dores crônicas ou persistentes intensidade moderada ou forte por 72 horas sem melhora com analgesia prescrita;
- o Risco Dor deverá ser acionado da seguinte forma: Segunda-feira a Sexta-feira (07:00h as 17:00h) e Sábado (08:00h as 13:00h) = ramal 72689; Segunda-feira a Sexta-feira (17:00h as 07:00h), Sábado (13:00h as 07:00h) e Domingo = ramal 76450
- o horário de acionamento do risco dor deverá ser registrado na anotação de enfermagem;
- a avaliação do Risco Dor será feita pela equipe de anestesia do HIAE e tem prazo máximo de resposta de 12 h para dores agudas e 24 h para dores crônicas.
- esta avaliação será baseada na intensidade e características da dor, da patologia que ocasionou o quadro doloroso e dos tratamentos efetuados anteriormente através de consulta ao prontuário do paciente e não consiste em visita médica ao paciente;
- a elaboração de um plano de cuidados deverá ser discutida com a equipe assistencial, assim como com o médico titular responsável pelo paciente;
- o médico titular responsável pelo paciente opta por aderir às recomendações terapêuticas feitas pelo médico do Risco Dor ou recusá-las e ambas as situações devem ser registradas no prontuário do paciente;
- caso o médico titular opte por acionar especialista cadastrado pelo Corpo Clínico especializado e credenciado com Área de Atuação em Dor pela SBIBHAE (consultar normas institucionais sobre acionamento de especialistas, cobranças e honorários médicos) estes profissionais devem ser acionados pela

equipe administrativa da unidade e a passagem do caso do paciente pode ser feita pelo enfermeiro responsável pelo paciente;

- o paciente deve ser informado antes do acionamento de especialistas sobre eventuais cobranças;

### **7. Orientação do paciente/família**

- paciente/família recebe da equipe de enfermagem material informativo sobre dor, avaliação e tratamento sempre que for identificada ocorrência de dor durante a permanência do paciente na unidade o mais breve possível e não no momento da alta;

- o material informativo para orientação do paciente/família encontra-se na intranet;

- a entrega do material informativo sobre dor ao paciente/família deve ser registrada na anotação de enfermagem;

- as ações farmacológicas ou não farmacológicas de todos os membros da equipe assistencial devem ser informadas ao paciente/família quanto a seus objetivos e resposta esperada;

- o paciente/família deve ser informado sobre eventuais cobranças referentes ao tratamento de dor antes que ações sejam instituídas;

### **Referências bibliográficas**

1. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais Editado por Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde – Rio de Janeiro: CBA 2010 – Seção I: Padrões com Foco no Paciente, Cuidado aos Pacientes (COP) – Gerenciamento da dor p.106.

3. Amoretti CF, Rodrigues GO, Carvalho PR A, Trotta EA. Validação de escalas de sedação em crianças submetidas à ventilação mecânica internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica terciária. Rev. bras. ter. intensiva [serial on the Internet]. 2008 Dec [cited 2011 Dec 21]; 20(4): 325-330. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2008000400002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000400002&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2008000400002>.

4. Silva Yerkes Pereira e, Gomez Renato Santiago, Máximo Thadeu Alves, Silva Ana Cristina Simões e. Avaliação da dor em neonatologia. Rev. Bras. Anesthesiol. [serial on the Internet]. 2007 Oct [cited 2011 Dec 26] ; 57(5): 565-574. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-70942007000500012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942007000500012&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942007000500012>.
5. Andrade FA, Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serial on the Internet]. 2006 Apr [cited 2011 Dec 26] ; 14(2): 271-276. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000200018&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200018&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000200018>.
6. Morais FF et al. Avaliação da dor como quinto sinal vital na classificação de risco: um estudo com enfermeiros. Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 73-77, jul./dez. 2009.
7. Correia Luciana Leonetti, Linhares Maria Beatriz Martins. Avaliação do comportamento de crianças em situações de dor: revisão da literatura. J. Pediatr. (Rio J.) [serial on the Internet]. 2008 Dec [cited 2011 Dec 26] ; 84(6): 477-486. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572008000700003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572008000700003&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572008000700003>.
8. Nursing Reference Center. Nursing Practice & Skill. Smith N. Pain Management in Older Adults [Internet]. Glendale: Cinahl Information Systems; c2011. Available from:  
<http://web.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=4&hid=108&sid=925ffa69-98c8-4783-a51d-c712624fc98b%40sessionmgr111>
9. Nursing Reference Center. Nursing Practice & Skill. Grose S, Schub T, Pain Management: an Overview Smith N. Pain Management in Older Adults [Internet]. Glendale: Cinahl Information Systems; c2011. Available from:  
<http://web.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=4&hid=108&sid=925ffa69-98c8-4783-a51d-c712624fc98b%40sessionmgr111>

10. Ista E, van Dijk M, Tibboel D, de Hoog M. Assessment of sedation levels in pediatric intensive care patients can be improved by using the COMFORT "behavior" scale. *Pediatr Crit Care Med*. 2005 Jan;6(1):58-63.