



UFRR

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA- UFRR
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE-
PROCISA**

LILIAN MARA VIEIRA MONSALVE MORAGA

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA DOR EM PACIENTES
INTERNADOS EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA DE RORAIMA**

**BOA VISTA / RORAIMA
2016**

LILIAN MARA VIEIRA MONSALVE MORAGA

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA DOR EM PACIENTES
INTERNADOS EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA DE RORAIMA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Vigilância Epidemiológica e Indicadores de Agravos à Saúde na Fronteira Pan-amazônica.

Orientador: Prof. Dr. Calvino Camargo

Co-orientador: Prof. Dr. Alex Jardim da Fonseca

**BOA VISTA – RORAIMA
2016**

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Roraima

M827a Moraga, Lilian Mara Vieira Monsalve.
Análise epidemiológica da dor em pacientes internados em um hospital referência de Roraima / Lilian Mara Vieira Monsalve Moraga. – Boa Vista, 2016.
61 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Calvino Camargo.
Co-orientador: Prof. Dr. Alex Jardim da Fonseca.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Roraima, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

1 – Dor. 2 – Epidemiologia. 3 – Internados. I – Título. II – Camargo, Calvino (orientador). III – Fonseca, Alex Jardim da (coorientador).

CDU – 616.8-009.7

LILIAN MARA VIEIRA MONSALVE MORAGA

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA DOR EM PACIENTES
INTERNADOS EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA EM RORAIMA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Vigilância Epidemiológica e Indicadores de Agravos à Saúde na Fronteira Pan-amazônica. Defendida em 24 de Março de 2016, e aprovada pela seguinte banca examinadora.

Prof. Dr. Calvino Camargo
Orientador

Prof. Dr. Antônio Carlos Sansevero Martins
Convidado-PROCISA

Prof. MsC. Ruy Guilherme
Convidado- PROCISA

Prof. Dr. Alex Jardim Fonseca
Prof. PROCISA

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu amor Francisco Monteiro, que nestes últimos 10 anos, nunca cansou de me incentivar na busca pelo conhecimento. Ainda que, muitos momentos juntos tenham sido diminuídos inúmeras vezes, mas seu sorriso e abraço sempre estiveram lá, aguardando-me ao fim do dia.

Aos meus amados pais, Celso Moraga e Aída Monsalve, luzes que brilham norteando meus dias e orientando-me a ser melhor e a manter sempre os valores da educação e caráter em tudo aquilo que eu fizer.

Ao meu lindo irmão caçula, Diego Moraga, amor maior, que me acompanha como um filho e um braço direito para toda hora.

Aos meus orientadores, excepcionais, Prof. Dr. Allex Jardim da Fonseca e Prof. Dr. Calvino Camargo, por acreditar no meu projeto e acima de tudo, dispuserem de imensa paciência, gentileza, educação e confiança. Só posso agradecer a confiança e o carinho incondicional.

Aos meus professores do Procisa que foram tão importantes neste processo de aprendizado em busca de aperfeiçoamento, contribuindo para ampliação e visão mais antropológica da saúde.

Aos meus colegas do Procisa, pelo apoio e estímulo na continuidade do mestrado. O nosso grupo de Whatsapp será eterno, pois o ensino virou amizade.

À Deus por ter me dado a vida e por me fazer acreditar que sempre temos mais a fazer, a seguir e a sonhar.

"A quantidade e qualidade da dor que sentimos é determinada pelas nossas experiências prévias e de quanto bem nos lembramos delas; pela capacidade de entender suas causas e compreender suas consequências. Ainda, a cultura em que estamos inseridos tem papel essencial em como sentimos e respondemos à dor".

(MELZACK; WALL, 1991, p.972)

RESUMO

A dor configura-se como um dos principais sintomas que levam o indivíduo a buscar os serviços de saúde, mesmo assim, vemos sua abordagem e tratamento ocorrendo de modo insatisfatório. Para melhor manejo da dor, os profissionais de saúde precisam perceber que a relação entre dor e lesão tecidual nem sempre tem relação direta nem exclusiva, e que aspectos sensitivos e emocionais são indissociáveis. A subjetividade deste sintoma também contribui para a dificuldade na padronização de atendimento e conseqüentemente nos seus estudos epidemiológicos, obrigando uma necessidade de abordagem multidisciplinar e rotineira pelos serviços de saúde. **Objetivo:** Verificar a prevalência da dor em pacientes hospitalizados, descrevendo características clínicas e sociodemográficas, além de avaliar os registros e manejo da dor pelos profissionais de saúde. **População:** A população alvo do estudo foi composta por todos pacientes internados nas enfermarias do Hospital Geral de Roraima. **Metodologia:** Estudo quantitativo transversal, realizado em hospital referência no Estado de Roraima. Os dados foram coletados por meio de entrevista. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima e todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obtendo uma amostra válida de 158 pacientes de ambos os sexos. **Resultado:** Em nossa pesquisa, a prevalência da dor foi declarada em 46,8% dos entrevistados, sendo a maioria do sexo feminino, apresentavam filhos, casados, católicos, não indígenas, tinham renda de até 3 salários-mínimos e não dispunham de ensino superior. Apenas a variável sociodemográfica “renda” e a especialidade responsável pela internação mostraram efeito marginalmente significativo associados a dor. Nos pacientes com dor, foi observado ainda que na maioria (51,4%) a dor não era contínua e que em metade dos pacientes a dor era de intensidade moderada a forte, respectivamente 20,3% e 29,7%. Apenas 55,4% dos pacientes com dor receberam analgésicos e dentre estes apenas 31% em menos de 10' após a queixa, com 39% de insatisfação com a analgesia realizada. Ao se avaliar o índice de manuseio da dor, comparando-se o analgésico prescrito e a intensidade da dor, foi considerado satisfatório em 67,6%, sendo que em apenas 23,4% dos prontuários houve algum registro sobre dor. **Conclusão:** Considerando a prevalência significativa de dor no ambiente hospitalar, a avaliação e o manejo adequado tornam-se necessários como ação rotineira pelos profissionais de saúde. A ausência de um serviço ou profissionais especializados sobre o assunto, podem influenciar a presença da dor nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Dor. Epidemiologia. Internados.

SUMMARY

The pain is configured as one of the main symptoms that lead the individual to seek health services, yet we see their approach and treatment occurring unsatisfactorily. To better pain management, health professionals need to realize that the relationship between pain and tissue injury is not always straight or exclusive, and sensory and emotional aspects are inseparable. The subjectivity of this symptom also contributes to the difficulty in standardizing care and consequently in their epidemiological studies, requiring for a multidisciplinary and routine approach by health services. **Objective:** To determine the prevalence of pain in hospitalized patients, describing clinical and socio-demographic characteristics, also to evaluate the records and pain management by health professionals. **Population:** The target population consisted of all patients hospitalized in the Hospital Geral de Roraima. **Methodology:** Transversal quantitative study held in the reference hospital of the state of Roraima. Data were collected through interviews. This study was approved by The Ethics Committee of the Federal University of Roraima and all patients signed the consent form, obtaining a valid sample of 158 patients of both genders. **Results:** In our study, the prevalence of pain was declared by 46.8% of respondents, being most of them of female sex, with kids, married, Catholic, non-indigenous, with income of up to three minimum wages and no higher education. Only the sociodemographic variable “income” and the medical specialty responsible for the hospitalization showed significant marginally effect associated with pain. In patients with pain it was also observed that in the majority (51.4%), the pain was not continuous and that in half of the patients the pain was moderate to strong, respectively 20.3% and 29.7%. Only 55.4% of patients with pain received painkillers and of these only 31% in less than 10' after the complaint, with 39% of dissatisfaction with the analgesia performed. When evaluating the pain management index, comparing the prescribed analgesic and pain intensity, it was considered satisfactory in 67.6%, and in only 23.4% of the medical charts there was any record of pain. **Conclusion:** Considering the significant prevalence of pain in the hospital environment, an evaluation and a proper management become necessary as a routine action by health professionals. The absence of a specialized service or professionals on this subject may influence the presence of pain in health services.

Key-words: Pain. Epidemiology. Inpatients.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Severidade da dor e tratamento medicamentoso.....	29
Tabela 2 - Condição geral dos questionários aplicados no HGR, 2015.....	35
Tabela 3 - Perfil sociodemográfico da amostra geral (n=158).....	36
Tabela 4 - Associação entre dor e fatores sociodemográfico dos pacientes internados no HGR.....	41
Tabela 5 - Associação entre dor e especialidades, 2015.....	42
Tabela 6 - Caracterização da dor (n=74) em pacientes internados HGR, 2015.....	43
Tabela 7 - Tempo de abordagem com administração de medicamento analgésico e análise da sua efetividade no controle da dor.....	44
Tabela 8 - Avaliação do Índice de Manuseio da Dor (IMD).....	44
Tabela 9 - Presença da descrição de dor pelos profissionais da saúde nos prontuários (n=158).....	49

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Divisão dos pacientes de acordo com a especialidade (n=158).....	37
GRÁFICO 2 - Distribuição dos pacientes com Dor por escolaridade (n=74).....	40
GRÁFICO 3 - Inquirição sobre a presença de dor pelos profissionais da saúde do HGR (n=158).....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINE'S: Anti-inflamatórios não esteroideos

a.C.: Antes de Cristo

BR: Brasil

BS: Benefícios Sociais

CLUD: Comitê de Luta Contra a Dor

EAN: Escala Analógica Numérica

EFC: Ensino Fundamental Completo

EFI: Ensino Fundamental Incompleto

EMC: Ensino Médio Completo

EMI: Ensino Médio Incompleto

ESC: Ensino Superior Completo

EVA: Escala Visual Analógica

EUA: Estados Unidos da América

HGR: Hospital Geral de Roraima

IASP: Associação Internacional de Estudos da Dor

JCAHO: Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations

OMS: Organização Mundial de Saúde

RR: Roraima

SM: Salário Mínimo

SNC: Sistema Nervoso Central

SNP: Sistema Nervoso Periférico

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e esclarecido

UBS: Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	PROBLEMA DA PESQUISA	15
	2.1 OBJETIVO GERAL.....	15
	2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
	2.3 JUSTIFICATIVA.....	15
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
	3.1 DOR: EVOLUÇÃO CONCEITUAL.....	16
	3.2 DOR: INFLUÊNCIA CULTURAL EM SUA EXPRESSÃO.....	18
	3.3 EPIDEMIOLOGIA DA DOR.....	20
	3.4 RELAÇÃO ENTRE ETNIAS E DOR.	22
	3.5 DOR E GÊNERO.....	24
	3.6 DOR E ENVELHECIMENTO.....	24
	3.7 DOR COMO O 5° SINAL VITAL.....	25
	3.8 CLASSIFICAÇÃO DE DOR.....	26
	3.9 AVALIAÇÃO E MENSURAÇÃO DA DOR.....	27
	3.10 TRATAMENTO DE DOR.....	28
4	METODOLOGIA	30
	4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	30
	4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	30
	4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM.....	30
	4.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	31
	4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	32
	4.6 ORDENAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	33
	4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS... ..	34
	4.8 AVALIAÇÃO DOS RISCOS E BENEFÍCIOS.....	34
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	35
	5.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA.....	35
	5.2 ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DA DOR E SEU PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	37
	5.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA DOR.....	42
	5.4 CARACTERIZAÇÃO DA ABORDAGEM DA DOR PELAS AS EQUIPES DE SAÚDE DO HGR.....	46
	5.5 DESCRIÇÃO NO PRONTUÁRIO SOBRE O SINTOMA DA DOR.....	48

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	58
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO....	60
ANEXOS A- ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR.....	61

1 INTRODUÇÃO

A maioria das pessoas em algum momento da vida saberão o que é dor. A dor configura-se como um dos principais sintomas que leva os indivíduos a buscarem os serviços de saúde, em todos os níveis de atendimento. Sendo assim, sua abordagem é uma exigência absoluta e determina uma prioridade de ação pelos profissionais de saúde (FONSECA et al., 2013; RIGOTTI; FERREIRA, 2005; TWYLCROSS, 2003). Mesmo assim, encontramos evidências biomédicas que indicam que a dor é subtratada, principalmente quando se tratam de populações específicas, como idosos, crianças com doenças terminais, graves enfermos e minorias étnicas, demonstrando que mesmo com sua presença constante nos serviços, a dor é subvalorizada e pouco priorizada pelas equipes (STRASSEL, 2008; INCAYAWAR; SAUCIER, 2010).

A dor é um dos sofrimentos dos mais primitivos do homem, diante do qual ele fica muito indefeso, sendo subvalorizada perante outros sintomas, continuando no cerne das problemáticas atuais apesar dos significativos avanços científicos da saúde (FONSECA et al., 2013; PIMENTA, 1998). Ao longo dos anos, sua definição vem sofrendo profundas modificações. Segundo a Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP), ela é um sintoma conceituado como uma experiência sensorial e emocional desagradável, descrita em termos de lesões teciduais reais ou potenciais (IASP, 1979).

Ampliando ainda mais sua interpretação, Ferrell (2005, p. 83) a descreve como:

"Uma experiência subjetiva e multidimensional que envolve aspectos sensitivos, hedônicos e culturais e que evoca reações físicas e emocionais que podem ser atenuadas, acentuadas ou perpetuadas por variáveis socioculturais, orgânicas e psíquicas dos clientes e também por condições ambientais".

Ou seja, é geralmente difícil explicarmos a nossa dor, e praticamente impossível para qualquer um de nós descrevermos exatamente a experiência da dor do próximo (CARVALHO, 1999). Sua magnitude vem tomando tamanha proporção, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere que todo governo deve incluir o "Controle da Dor" como programa de sistema de saúde, já que tal estratégia é eficaz tanto para aliviar da algia e outros sintomas associados, como comprovadamente proporcionar uma melhor qualidade de vida ao indivíduo doente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1990).

Na literatura científica, os conhecimentos sobre dor e seu tratamento estão em franca expansão. No entanto, na maioria das vezes a dor é mais descrita quando relacionada a doenças oncológicas. Entretanto sua importância vai além, visto sua alta prevalência nos serviços hospitalares e na população em geral (POSSO et al., 2013). Sendo assim, a epidemiologia da dor é uma importante ferramenta para podermos caracterizá-la como problema de saúde pública, auxiliando em métodos que favoreçam seu diagnóstico, prevenção e tratamento (TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2009).

É preciso compreender que a experiência da dor é transversal a todas etapas do ciclo de vida, sempre associada às mais diversas situações fisiopatológicas vivenciadas no processo saúde/doença de cada indivíduo (FONSECA et al., 2013). Considerando-se então a subjetividade da dor, sua avaliação e controle podem ser um grande desafio ao profissional de saúde. A falta de conhecimento em relação a drogas como opioides, doses inadequadas para analgesia, acrescidos de questões burocráticas das instituições, como por exemplo, preenchimento do receituário de fármacos controlados, contribuem para o difícil controle adequado da dor (POSSO et al., 2013). Pesquisas sobre dor em serviços de emergência revelam que o seu subtratamento ainda é uma realidade, sendo que do ponto de vista clínico, o tratamento da dor aguda se mostra como uma das oportunidades de melhoria em termos de processo assistencial, influenciando inclusive na qualidade, custo e tempo de tratamento (GATTI et al., 2013). No Hospital Universitário em Taubaté em São Paulo (SP) encontrou-se que, em pacientes em pós-operatório de cirurgias gerais, a maioria estava usando subdoses e intervalos inadequados de analgésicos. Por outro lado, neste mesmo serviço, foi observado que após implantação de cursos sobre analgésicos houve melhora nas prescrições destes pacientes, ou seja, a implementação de protocolos, cursos e palestras podem auxiliar a melhor condução dessa queixa (CORTEZ et al., 2013).

Além disso, conhecer características da população local, pode demonstrar aspectos diferenciados com relação a expressão da dor. Um estudo realizado com populações indígenas (Quichua) no Andes, na América do Sul, mostra que embora existam pontos em comum com outras sociedades, a experiência de dor apresenta notáveis aspectos distintos que devem ser levados em consideração no momento do atendimento (INCAYAWAR; SAUCIER, 2010).

Quando acrescentamos ainda a questão de impacto econômico e social relacionados a dor, encontramos uma revisão sistemática onde os custos em serviços de saúde são particularmente elevados durante o primeiro ano após surgimento da algia e aumentam posteriormente, com conseqüente repercussão na perda da capacidade funcional e da produtividade. Deste modo, o impacto da dor é evidente nas profundas alterações ao nível das

atividades diárias, o que foi apontado em dezoito, dos dezenove artigos utilizados numa revisão sistemática da literatura sobre pessoas com dor e necessidades de intervenção, feita por Fonseca et al. (2013). Nos Estados Unidos da América (EUA), a dor é responsável por 40 milhões de consultas médicas por ano e custa mais de \$100 bilhões de dólares por ano ao sistema de saúde (INCAYawAR; SAUCIER, 2010). Evidências demonstram também que pessoas com dor também tendem a ter reduzida satisfação com o plano terapêutico, além de distúrbio do sono e do humor, sendo conduzidos à automedicação e conseqüentemente ao aumento de hospitalizações e tempo de permanência intra-hospitalar (FONSECA et al., 2013; SILVA; PIMENTA, 2003).

No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria nº 3.150 de 12 de dezembro de 2006, a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos. Demonstrando a necessidade de mais conhecimento e atenção dos profissionais de saúde em relação ao diagnóstico e tratamento adequado do paciente portador de algia (JALES, 2009).

Além da relevância médica da dor e seus efeitos sobre o bem-estar, a forma como ela é experimentada, avaliada e tratada em comunidades distantes dos grandes centros, como as rurais e indígenas, também sofrem com o desconhecimento de técnicas adequadas de abordagem. A escassez de dados epidemiológicos sobre o assunto nessas populações ainda é uma realidade, principalmente na Amazônia. Investigar a magnitude e a epidemiologia da dor em pacientes internados num hospital referência no extremo norte do país visou complementar a literatura, descrevendo-a e tentando identificar possíveis fatores associados que possam afetar a avaliação clínica e tratamento dessas populações. Com esses dados espera-se que surjam propostas futuras de implantação da avaliação rotineira da dor por toda equipe profissional de saúde, além de melhorias no atendimento da população em Roraima.

2 PROBLEMA DA PESQUISA

- Qual a prevalência da dor em pacientes internados no Hospital Geral de Roraima (HGR) e como a dor é avaliada e manejada nesse contexto hospitalar?

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a prevalência da dor em todos pacientes internados nas enfermarias do HGR.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever características clínicas e sociodemográficas dos pacientes com dor;
- Avaliar registros de avaliação e manejo de pacientes portadores de dor;
- Descrever se há relação entre presença de dor e o estado emocional do paciente;

2.3 JUSTIFICATIVA

Muitos estudos demonstram a deficiência na formação dos profissionais de saúde sobre a questão da dor, seu manejo e expressão. A existência também de crenças errôneas e de atitudes tidas como "negativas", podem influenciar na abordagem da algia. Há numerosas descrições sobre o desconhecimento da fisiopatologia da dor, dos métodos de avaliação, do registro das características, dos métodos de tratamento disponíveis, da farmacologia dos medicamentos e do medo excessivo de opioides. Por outro lado, encontramos pacientes com relutância em pedir analgésicos, pois acreditam que o sofrimento pode fazer parte do processo de cura (PIMENTA, 2000; TEIXEIRA, 1995)

A escolha deste tema vem trabalhar a questão da presença da dor em pacientes já avaliados e internados, dos quais, teoricamente, se espera que a equipe de saúde estejam acompanhando continuamente suas queixas. Entretanto, como já descrito anteriormente, há ainda muito que se modificar nos serviços de saúde, para melhor abordagem da dor. Para isso são necessários dados epidemiológicos da dor para implementação de futuras melhorias, como protocolos, serviços de dor, cursos e palestras que proliferem o conhecimento sobre o assunto.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Dor: Evolução Conceitual

Os conceitos que os profissionais tem sobre dor nem sempre são os mais precisos. A falta, ou ineficiência, de um melhor embasamento formal sobre dor nas escolas de saúde leva a que os profissionais trabalhem com conceitos incompletos, algumas vezes ultrapassados ou mesmo errôneos, embora façam parte do senso comum. Além disso, o pouco conhecimento da própria sociedade, desconhecendo suas expressões e comportamentos, pode dificultar a abordagem da dor pelos profissionais de saúde (PIMENTA, 2000).

Aristóteles (384 a 322 a.C.) caracterizava a dor e o prazer como paixões da alma. Ele julgava a dor como uma emoção e não uma sensação, descrevendo-a como uma dor sentida no coração, semelhante a uma paixão do espírito, um estado de sentimento, uma experiência oposta ao prazer e síntese do desprazer. Essa teoria contribuiu por muito tempo para que a dor fosse vista apenas como uma vivência do dia-a-dia, ligada mais ao interesse apenas de profissionais da área da saúde mental (BONICA, 1990; PIMENTA; PORTNOI, 1999; TEIXEIRA et al., 2001).

Posteriormente Descartes, em 1644, propôs a Teoria da Especificidade da Dor, que previa que para cada estímulo haveria um receptor específico, uma via única e que seria interpretado em um centro de dor no sistema nervoso central. Essa teoria teve e tem grande influência no modo dos profissionais compreenderem o que é dor. Nesse modelo, para haver dor deveria existir lesão, e o tamanho da lesão estaria diretamente relacionado à vivência de algia. A partir do século XIX, os avanços da fisiologia corroboraram com a compreensão de que dor seria uma sensação, e a opinião dos filósofos de que dor seria só emoção foi posta de lado (BONICA, 1990; TEIXEIRA et al., 2001).

No século XX, Melzack e Wall propuseram a Teoria da Comporta da Dor, que previa que dor seria uma mistura de sensação e uma emoção e que fatores físicos, emocionais e cognitivos participavam na gênese e modulação da sensação dolorosa, isto é, dor seria resultante da interação de todos esses fatores, que poderiam atuar como facilitadores ou inibidores da sensação. A partir da Teoria da Comporta de Dor, volta-se a considerar o componente psicológico ou reativo da sensação dolorosa, reconhecendo a emoção como fator importante na dor, agregada aos aspectos físicos e cognitivos (MELZACK; WALL, 1965, 1991).

A Teoria da Comporta da Dor forneceu a estrutura teórica que explicou a integração de estímulos periféricos aos fenômenos corticais e afetivos. Esse modelo teórico prevê que, no corno posterior da substância cinzenta da medula espinhal e em outras estruturas rostrais do sistema nervoso central, ocorre modulação da dor (MELZACK; WALL, 1965, 1991). Assim, a informação dolorosa é transmitida da periferia ao sistema nervoso central e, ao atingir as estruturas encefálicas, interage com fatores emocionais e culturais que podem interferir e modificar a percepção da informação inicial. A experiência dolorosa resulta então da interpretação dos aspectos físico-químicos do estímulo nocivo e da sua interação com os fatores emocionais e culturais individuais que estejam de alguma forma relacionados à dor, tais como humor, crenças, experiências anteriores, atitudes, conhecimentos e significado simbólico atribuído à queixa dolorosa, entre outros (PIMENTA; TEIXEIRA, 1997).

É importante perceber que a dor abrange dois componentes em conjunto: a nocicepção e a percepção. A percepção é toda essa função integrativa modulada pela emoção, motivação, condição psicológica e história de vida do indivíduo e a nocicepção é o resultado da lesão direta, com conseqüente liberação de mediadores e ativação do sistema nervoso periférico e central (VERRI et al., 2006). Embora o limiar de percepção à dor possa ser semelhante entre os indivíduos, a tolerância à dor varia muito e também apresenta aspecto multidimensional. Esse limiar, envolve fatores sensoriais (extensão e localização da lesão tecidual), fatores genéticos (relativos ao sistema nociceptivo e de modulação da dor), emocionais, culturais (como a aprendizagem, experiências anteriores, significado simbólico da dor) e sociais (possíveis ganhos secundários de ordem econômica, social e afetiva) (PIMENTA; PORTNOI, 1999).

Considerando a dualidade alma/corpo e baseados na Teoria da Comporta da Dor, autores propuseram uma definição usada pela IASP, já descrita anteriormente e que é utilizada até hoje na compreensão da dor, acrescentando que cada indivíduo aprende a utilizar a expressão da dor baseado em influência de emoções e através de suas experiências anteriores (PIMENTA, 2000).

Pimenta (1999), encontrou em cerca de 57% dos pacientes com dor, o reconhecimento da relação entre suas emoções e a intensidade da dor. Outras pesquisas demonstram ainda que mesmo na dor crônica, o comportamento do paciente perante a esta é envolto por experiências prévias que o indivíduo presenciou. Além disso muitos conceitos dos profissionais de saúde sobre dor são baseados apenas em quadros agudos ou em casos oncológicos, com pouca prática da visão social e até psíquica da dor (CLARKE et al., 1996).

Ou seja, fenômeno doloroso não implica apenas na veiculação da informação sensitiva através de vias nervosas até seu processamento no sistema nervoso central. Sabe-se atualmente, que há interação bastante íntima entre as diferentes qualidades sensoriais e dolorosa e entre esta e os sistemas responsáveis pelos aspectos cognitivos e afetivos do indivíduo (PIMENTA, 1998). Por isso, perceber que a relação entre dor e lesão tecidual não é direta nem exclusiva, e que aspectos sensitivos, emocionais e culturais estão imbricados de modo indissociável, sendo a dor uma experiência subjetiva e pessoal. Esses conceitos são essenciais para a sua compreensão, para a definição dos domínios que a compõem e de quais métodos devem ser utilizados na sua avaliação, estabelecendo as estratégias para o seu controle (PIMENTA, 2000).

A experiência dolorosa implica na interpretação do aspecto físico-químico do estímulo nocivo e da interação desta com as características individuais como humor, do significado simbólico atribuído ao fenômeno sensitivo e dos aspectos culturais dos indivíduos (PIMENTA, 1998).

3.2 Dor: influência cultural em sua expressão

A dor enquanto experiência culturalmente aprendida, embora incluída no contexto da dor, não tem sido enfatizada pelos estudiosos das áreas de ciências da saúde, muitas vezes limitando-se apenas às ciências sociais.

A bagagem cultural tem um poderoso efeito na tolerância à dor, uma vez que estímulos que produzem dor insuportável para uma pessoa podem ser perfeitamente toleráveis por outra (PIMENTA; PORTNOI, 1999).

O aprendizado social é essencial no desenvolvimento dos significados atribuídos à dor dentro do contexto cultural. Este aprendizado pode se iniciar na própria família e posteriormente se implementar com o convívio social. O social constitui o corpo como realidade, a partir do significado que a ele é atribuído pela coletividade. O corpo é "feito" e "produzido" em cultura e sociedade (PIMENTA; PORTNOI, 1999; SARTI, 2001).

As religiões desempenham também um papel importante nesse processo de tentativa de enfrentar questionamentos como: "Porque isto aconteceu comigo?". Elas representam um conjunto organizado de crenças e práticas, cuja finalidade é a de responder pela orientação ética, filosófica e ideológica de um determinado grupo (PIMENTA; PORTNOI, 1999).

Em alguns grupos, a interpretação da dor pode ser vista como uma punição a algum ato prévio, e em busca de livramento deste, muitos buscam as religiões, rituais e suas preces, em busca do perdão para o alívio do sofrimento (WEISENBERG, 1975).

A singularidade da dor como experiência subjetiva torna-a um campo privilegiado para se pensar a relação entre o indivíduo e a sociedade.

"Se a dor for vista como punição divina, os indivíduos tentarão experimentá-la sem queixas para que se transforme numa forma de expiação para aliviar sentimento de culpa. Se for interpretada como consequência de transgressões morais, procurarão a cura através de penitências, jejuns ou preces. Se for atribuída à malevolência de terceiros, através de feitiçaria ou encantamentos, tentarão alívio de maneira indireta, através de rituais ou exorcismo" (HELMAN, 2009, p.15).

Toda experiência individual inscreve-se num campo de significações coletivamente elaborado. As experiências vividas pelos indivíduos, seu modo de ser, de sentir ou de agir serão constitutivamente referidos à sociedade à qual pertencem. Ainda que traduzido e apreendido subjetivamente, o significado de toda experiência humana é sempre elaborado histórica e culturalmente, sendo transmitido pela socialização, iniciado desde o nascimento e renovada ao longo da vida (SARTI, 2001).

Experiências pessoais também podem afetar a condução e a avaliação do paciente com dor. Em um estudo com enfermeiros que já haviam sofrido em algum momento de suas vidas a dor intensa, percebeu-se que estes profissionais estavam mais disponíveis a considerar relatos de intensidade mais alta de dor nas queixas dos doentes (PAICE, 1995).

Ou seja, não apenas o sentimento, mas a expressão da dor rege-se por códigos culturais, constituídos no coletivo, que sancionam as formas de manifestações dos sentimentos (HELMAN, 1994). A forma de manifestação da dor precisa fazer sentido para o outro. Vivenciado e expresso mediante formas instituídas coletivamente, tal sentimento se torna inteligível para o grupo social. Os sentimentos constituem uma linguagem intergrupos (SARTI, 2001).

A questão cultural carrega um contexto histórico que influencia ainda o tratamento adequado da dor. Alguns autores apontam que aspectos de conhecimentos de doentes, relativos a dor no câncer e analgésicos, resultam em resistência a utilizar medicações, contribuindo para o inadequado alívio da dor. Há ainda concepção popular, muito difundida, a

respeito da impossibilidade de controle da dor na doença oncológica. Estas crenças, possivelmente, estão vinculadas ao que foi o controle da dor neoplásica até poucas décadas atrás, quando não se dispunha de conhecimentos e métodos adequados para o alívio e os opioides eram vistos como a última e terrível alternativa de que se dispunha o doente moribundo (PIMENTA, 1998).

3.3 Epidemiologia da dor

A necessidade de estudos epidemiológicos sobre a dor possibilitam a análise da distribuição e dos determinantes de sua ocorrência, contribuindo para caracterização da história natural das doenças. Ainda assim, encontramos várias barreiras teóricas e metodológicas que dificultam a investigação epidemiológica da dor. Sua natureza subjetiva é uma delas, mas também a diversidade das apresentações, repercussões e fatores causais orgânicos, ambientais, psicossociais e sazonais da dor, além de ausência de critérios apropriados e padronizados das afecções álgicas (TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2009).

Ainda assim, conseguimos observar que a ocorrência de dor é crescente, provavelmente em decorrência de novos hábitos de vida e principalmente devido a maior prevalência de doenças crônicas, relacionadas com a maior sobrevivência. Vários estudos demonstram que apesar do desenvolvimento de medicamentos analgésicos, muitos pacientes ainda vivenciam dor intensa nos serviços de saúde (MARTINEZ et al., 2011; TEIXEIRA, SIQUEIRA, 2009).

Além da prevalência do sintoma, a dor é o principal sintoma de busca em mais de 35 milhões de consultas médicas por ano e está presente em mais de 70 milhões de consultas médicas, o que perfaz um total de 80% de todas consultas médicas nos EUA (IASP, 2011; TEIXEIRA, SIQUEIRA, 2009).

Apesar dos avanços nas pesquisas sobre a dor, o seu controle ainda é considerado inadequado. Cerca de 75% dos pacientes submetidos à cirurgia nos EUA, evoluem com dor no pós-operatório e com persistência do sintoma após a alta. Sabe-se que quando intensa, a dor pode influenciar de forma negativa a evolução do paciente, retardando sua recuperação. O tratamento efetivo da dor no pós-operatório contribui com uma mobilização mais precoce, menor tempo de internação e conseqüentemente menor custos (GOMES et al., 2003).

Mesmo em unidades de emergências não encontramos melhores resultados. Um grande estudo avaliou pacientes que se apresentavam com dor à emergência e encontrou escores em média 8 (considerado alta intensidade de acordo com escalas analgésicas).

Entretanto, após alta hospitalar esse valor encontrava-se com escore de 6, considerado nível de dor moderada. Ou seja, os pacientes saíam da emergência sem resolução total de sua queixa (IASP, 2011).

Observa-se por outro lado, que há um pré-julgamento dos profissionais de saúde no momento da avaliação dos pacientes com dor em serviços de emergência. É preciso entender que os pacientes que procuram serviços de saúde não podem ser considerados como "caçadores de medicamentos", mas candidatos a alívio da dor. Essas práticas pelos profissionais em serviços de emergência demonstram que apesar de registro em prontuários da queixa "dor", não se observa sua completa resolução e que em geral, um terço dos pacientes em que se observa a descrição de dor forte, há prescrição de subdoses de analgesia (CURTIS; MORREL, 2006).

Outra dificuldade associada é o tempo de demora no atendimento. Em uma análise em um serviço de emergência, com 198 pacientes com dor (de origem intra-abdominal, musculoesquelética ou torácica), foi encontrado que 69% dos pacientes que estavam sentindo algia, esperavam em média mais de uma hora para serem medicados e 42% alcançavam mais de 2 horas para terem alívio de seu sintoma (CURTIS; MORREL, 2006).

Ware et al. (2012), confirma a longa espera nas salas de emergências. Ele observou médias de atrasos de 1 hora para a primeira medicação analgésica, apesar de todas as políticas, protocolos e diretrizes que impõem dor como prioridade de ação.

A dor faz parte também do dia-a-dia de grande parte da humanidade. Muitos convivem e têm de continuar suas atividades laborais apesar da algia. Em um estudo realizado em 1998 com múltiplas nacionalidades ao redor da Ásia, África, Europa e nas Américas, encontrou que 21,5% das pessoas reportaram dor a maior parte do tempo nos últimos 6 meses (GUREJE et al., 1998). Na Nova Zelândia, 81,7% da população relatou ao menos uma experiência de dor ao longo da vida (JAMES et al., 1991).

Devemos estar atento que pacientes portadores de dores crônica se apresentam mais vezes às emergências, onerando em até duas vezes mais quando necessitam de prescrição de opioides (FONSECA et al., 2013).

No Brasil, a dor se manifesta em cerca de 50 a 70% dos doentes que procuram consultório por razões diversas e é a principal razão das consultas para um terço dos doentes em geral (TEIXEIRA; PIMENTA; CÔRREA, 1994; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2009). Já quando estudamos a prevalência de dor em hospitalizados, encontramos variações de 45 a 80% (HARTZ; KIRCHDOERF, 1987; RIGOTTI, FERREIRA, 2005; SILVA et al., 2013). Yate et al., (1998) ao avaliar pacientes internados em instituições hospitalares diversa,

encontrou que 45 a 75% tinham dor de intensidade moderada a severa. Sendo que em uma instituição hospitalar, os mesmos autores, identificaram a prevalência de 78,6% de dor, em 205 pacientes internados, dentre os quais 33,5% com intensa magnitude.

Outrossim, pacientes que são submetidos a procedimentos cirúrgicos também sofrem com a falta de previsão e realização de medicações analgésicas logo após a operação. Silva et al. (2013), ao avaliar pacientes em pós-operatório de ortopedia em Uberlândia/ Minas Gerais, verificou a presença de dor em 85% dos mesmos. Diante disso, observou a falta de padronização na abordagem da dor, tanto pelo desconhecimento sobre o tema, como pela inutilização de parâmetros objetivos na sua avaliação. Teixeira et al. (1994), em estudo sobre a avaliação de doentes em pós-operatório de cirurgia cardíaca e abdominal, observou-se que todos tinham algum analgésico prescrito em regime “se necessário”, mas cerca da metade não o havia recebido. Dentre os que haviam recebido, os mesmos permaneciam com dor, demonstrando a falta de reavaliação quanto a eficácia medicamentosa para dor. O controle da dor no pós-operatório é fundamental para o atendimento integral do paciente.

Na literatura mundial encontramos ainda, as dores induzidas pelo próprio cuidado da equipe de saúde, onde observamos que inclusive a movimentação, a transferência, a higiene podem estar envolvido com este sintoma. Provavelmente a dependência funcional acaba por influenciar no nível da dor. Vários inquéritos efetuados pelo Comitê de Luta Contra a Dor (CLUD), na França, revelam que 35% dos pacientes respondem positivamente quando questionados sobre se tiveram dor nas últimas 24h, sendo que estas são na maioria provocados pelos atos de equipe de enfermagem, como transporte e mobilização inadequada (INFANTE, 2011).

3.4 Relação entre etnias e dor

A etnia já demonstrou ser um determinante significativo das crenças e comportamento em saúde. Influências de grupos étnicos podem alterar as respostas e a forma de comunicação de vários sintomas, bem como influenciar a assistência e os tipos de tratamento recebido. Os cientistas sociais e pesquisadores clínicos têm encontrado forte associação entre origem étnica sobre crenças e atitudes associadas especificamente à sintoma de dor (JIMENEZ et al., 2011; LIPTON; MARBACH, 1984; PALIT et al., 2013).

Pesquisadores mostram que a origem étnica determina como a expressão e a comunicação da dor ocorre. Estes processos são muitas vezes a chave do entendimento da doença subjacente. Quando as expressões de dor em pacientes com doenças faciais

pertencentes a diferentes grupos (negros, irlandeses, italianos, judeus e porto-riquenhos) foram comparados num artigo, os resultados demonstraram que para a maioria dos aspectos da comunicação da dor, existe uma homogeneidade dentro de cada grupo étnico, se diferenciando entre os demais (LIPTON; MARBACH, 1984).

Numa revisão literária realizada por Ware et al. (2012), notou-se que além de um significativo atraso na abordagem de pacientes com dor à emergência, há uma existência de oligoanalgesia de acordo com as diferenças étnicas. Um corpo de evidências confirma tal tendência (BONHAM, 2001; CINTRON; MORRISON, 2006; WARE et al., 2012).

Diferenças bem marcadas e descritas podem ser vista em estudos sobre indígenas americanos, que muitas vezes têm sua dor subestimada por profissionais de saúde, podendo este evento estar relacionado a tendência dos nativos minimizarem suas queixas ou ainda uma falta de vontade geral para se discutir a dor. Isso acaba por incrementar de maneira exorbitante os serviços de saúde, sendo um fardo econômico, incapacitante e com grande perda de produtividade nessas populações (PALIT et al., 2013).

Em adendo, Cleeland et al. (1997) avaliou a gravidade da dor relacionada ao câncer e adequação da prescrição de analgesia, e observou que pacientes que eram considerados minorias étnicas tinham 65% de dor sem tratamento otimizado versus não minorias que tinham 50%. Houghton et al. (1992) estudou o pós-operatório de pacientes asiáticos e europeus, e descobriu que os asiáticos recebiam uma dose 24% inferior de analgésicos que os europeus, nas 24h após o procedimento. Contrariando o estereótipo de estoicismo associado à várias culturas asiáticas, as reações de dor foram mais elevadas quando comparado aos indivíduos de etnia europeias (CHAN et al., 2013; HSIEH et al., 2010; ROWELL et al., 2011)

Estas práticas contribuem para persistência de disparidades racial e para o distanciamento de solucionar este problema. Uma das mais importantes funções da consciência da variabilidade das etnias, é evitar esses potenciais de estereótipos, como os que acreditam que certos grupos sentem menos dor que outros. Estes dados reforçam o risco que se abordar a dor distintamente entre etnias, principalmente as consideradas minorias. Também demonstra a importância dos prestadores de cuidados de saúde terem conhecimento sobre esses dados dos pacientes, em especial os determinantes padrões de linguagem e expressão corporal do grupo étnico que é abordado.

3.5 Dor e Gênero

Grande parte da literatura científica mostra que as mulheres apresentam maior prevalência de dor quando comparado a homens da mesma faixa etária. Elas relatam mais facilmente a dor e procuraram os serviços de saúde mais precocemente (DUCHARME, 2014; PALMEIRA et al., 2011; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2009).

Os estudos ainda são inconclusivos quanto às reais diferenças fisiológicas que influenciam nas diferenças entre os gêneros, entretanto sabe-se que a mulher tem maior capacidade perceptiva e seu limiar sensitivo é menor do que no homem. A maior prevalência da dor em mulheres, parece também sofrer influência hormonal. Estudos com adolescentes entre 11 e 17 anos revelam crescimento da intensidade da dor com a puberdade, enquanto o declínio do estradiol na menopausa tem relação com mais incidência do sintoma dor (COSTA, 2008). As mulheres também apresentam diferenças no enfrentamento da dor e respostas a alguns analgésicos. As concentrações cerebrais dos receptores "*mu*" parecem ser diferentes entre homens e mulheres, sendo regulados pela idade e por hormônios gonodais esteroides (PALMEIRA et al., 2011).

As diferenças na composição corporal também predispõe as mulheres a maior incidência de doenças musculoesqueléticas que causam dor, tais como fibromialgia, o que pode influenciar em maior incidência de patologias dolorosas nesta população (COSTA, 2008).

3.6 Dor e envelhecimento

Nas últimas décadas tem havido um reconhecimento crescente de diferenças relacionadas à idade e as doenças, com repercussão direta em sintomas como a dor. É preciso estar atento que o paciente idoso geralmente é mais propenso a fazer quadros atípicos de doenças, seja pelas alterações físicas, seja por questões psicológicas. Encontramos ainda influência de experiências prévias de dor, o medo de internação, medo de sobrecarregar a família e inúmeras questões culturais associadas ao processo do envelhecimento (DUCHARME, 2014; MOORE; CLINCH, 2004).

É estimado que 50 a 86% dos idosos apresentem algum tipo de dor. Uma prevalência significativa, com importantes implicações na atividades de vida diária e também implicações diretas no cuidador, que muitas vezes sente-se sobrecarregado com as múltiplas queixas relacionadas ao envelhecer (HERR et al., 2004).

Algumas mudanças fisiológicas relacionadas ao envelhecimento também predis põe os idosos a diminuição da sensibilidade de estímulos nocivos e conseqüentemente de doenças. Na alterações de percepção dolorosa podemos encontrar diminuição de corpúsculos sensoriais viscerais, mudanças na condução nervosa, alteração na estrutura da raiz nervosa da coluna, diminuição da propriocepção e de neurotransmissores (LI et al., 2001). Além disso, observamos maiores chances de interações medicamentosas e risco de piora das doenças pré-existentes nessa população. Pacientes idosos são mais suscetíveis ao efeito analgésicos e de maior risco de efeitos colaterais nas medicações antálgicas (DUCHARME, 2014).

As avaliações utilizando escalas de dor também encontram barreiras em idosos, devido maior prevalência de déficit auditivo, visual e cognitivo. A IASP tem colocado como prioridade a necessidade de mais pesquisas elucidativas nessa área, visando melhorias de abordagem e também preventivas nesta população (DURCHANE, 2014; MOORE; CLINCH, 2004).

3.7 Dor como o 5° sinal vital

A agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor descrevem a dor como o quinto sinal vital, que deve ser registrado ao mesmo tempo e no mesmo ambiente clínico que se avaliam temperatura, pulso, respiração e pressão arterial (RIGOTTI; FERREIRA, 2005; SILVA et al., 2013).

A *Joint Comission on Accreditation on Healthcare Organizations* (JCAHO), desde 2000, publica normas que descreve a dor como quinto sinal vital e portanto deve ser avaliada e registrada, sendo fator crucial para acreditação de qualidade para os hospitais (PEDROSO; CELICH, 2006).

Considera-se que o domínio técnico-científico pode contribuir para uma melhor abordagem. Entretanto, podemos constatar que há relatos de falhas de conhecimento, crenças e atitudes equivocadas, inadequada avaliações e insuficiência de registros sobre dor e analgesia. Estas considerações permitem entender que a necessidade que a equipe de saúde esteja ciente de sua responsabilidade frente ao cliente com dor (PEDROSO; CELICH, 2006; RIGOTTI; FERREIRA, 2005).

É importante que os profissionais que estão mais permanentemente com os pacientes, como técnicos e enfermeiros, também se conscientizem de seu dever de avaliar constantemente as queixas álgicas. A análise de registros de enfermagem em prontuários de doentes hospitalizados identifica problemas relativos ao controle da dor e pode subsidiar

propostas de soluções embasadas na realidade do dia-a-dia. O enfermeiro, como profissional próximo ao paciente é um dos profissionais que podem exercer com responsabilidade a avaliação diagnóstica da dor, auxiliando na intervenção mais precoce (PEDROSO; CELICH, 2006; RIGOTTI; FERREIRA, 2005).

3.8 Classificação de dor

A classificação de dor varia de acordo com autores. Uma das principais classificações leva em consideração sua evolução temporal, dividindo-a em aguda ou crônica, diversificando-se então de acordo com o corte do tempo (BASTOS et al., 2007; PIMENTA et al., 2006).

A dor aguda é aquela que não se perpetua, variando em relação temporal nos estudos, mas sendo frequentemente limitada, podendo em alguns casos apresentar duração de 3 meses. Frequentemente apresenta aumento da atividade de nociceptores, com sinais de ativação do sistema nervoso autônomo. Funciona como um sinal de ameaça de dano aos tecidos. Sentir-la é fundamental para a sobrevivência humana, funcionando como alerta de perigo. Para evitar a permanência da dor, ocorre liberação de neurotransmissores que visam inibir a percepção da dor. Quando isso não ocorre, podemos ter a dor crônica (BASTOS et al., 2007). A dor aguda é uma das principais razões de busca de serviços de emergência. Entretanto, encontramos dificuldade em se generalizar resultados sobre a sua ocorrência em pacientes, visto que a maioria dos indivíduos não permanece hospitalizados, sendo geralmente direcionados a ambulatorios (TEIXEIRA; PIMENTA; CÔRREA, 1994). Nos serviços de emergência, as dores agudas são frequentemente relacionadas a traumatismo, especialmente ósseos e de tecidos moles, além de infarto agudo do miocárdio e infecções (PIMENTA et al., 2006).

Já a dor crônica, que causa dor contínua ou recorrente, não tem a função biológica de alerta, mas mostra importantes associações com queixas mal delimitadas em tempo e espaço, com quadros de humor como ansiedade e até depressão (RIGOTTI; FERREIRA, 2005). O que se entende bem é que a dor crônica ou persistente que se estende por muito tempo, deixa de ser um sinal para se constituir em uma doença propriamente dita (BASTOS et al., 2007; PIMENTA et al., 2006). Geralmente apresenta duração maior que 3-6 meses, com ativação do sistema nociceptivo que se traduz por redução do limiar da dor (alodínia), amplificação da resposta ao estímulo nocivo e dor aumentada a estímulos repetitivos (INFANTE, 2011).

Em diferencial classificação, podemos ter tipos de dor associada propriamente com a fonte ou causa da dor. Nos serviços de saúde, frequentemente encontramos o que pode ser

chamado de "dor iatrogênica". Estas são provocadas pela própria ação do cuidados em saúde, pelos gestos terapêuticos, de diagnósticos e tratamentos, sendo frequentemente associadas à noção de doença ou sua complicação. Procedimentos como punções, passagem de sonda vesical, uso de sonda nasogástrica podem ser causa de dor evitáveis (INFANTE, 2011).

3.9 Avaliação e mensuração da dor

Avaliar a dor é uma tarefa árdua e complexa, vistos seus aspectos multidimensionais. A interpretação e avaliação do estímulo da dor é uma experiência estritamente subjetiva e pessoal. Devido a esta subjetividade, McCaffery e Beebe (1989, p. 83) definiram a dor como sendo "o que o indivíduo que a sente diz ser e existe quando a pessoa que a sente diz existir".

Inicialmente o processo de avaliação deve incluir anamnese e exame físico, bem como aspectos psicossociais e familiares relacionados. Pode-se usar avaliações padronizadas, mas devemos entender que o paciente é sempre o especialista sobre suas queixas e nem sempre as mesmas seguem protocolos. O auto relato será sempre fundamental nesse processo de avaliação (CHAVES, 2009; PIMENTA, 2000).

"É preciso estar atento que o fator mais importante na escolha do instrumento de avaliação da dor a ser usado é a capacidade do paciente compreendê-la, assim os instrumentos devem ser adequados a faixa etária, a capacidade cognitiva e aos aspectos culturais dos indivíduos avaliados" (CHAVES, 2009, p. 110).

A avaliação mensurada da dor é muito utilizada, pois é através dela que é possível verificar e quantificar a queixa, auxiliando no direcionamento da eficiência da assistência prestada e na necessidade de ajuste de medicamento. Vários instrumentos de análise são validados, entretanto a vantagem e desvantagem estão presentes em todos (DUCHARME, 2014). De qualquer maneira, a presença de avaliação sistemática, através dos instrumentos documentais, estimula sua continuidade e atenção pelas equipes de saúde. Eles podem ter uma ou várias das dimensões da experiência dolorosa, sendo unidimensionais ou multidimensionais, devendo ser adequados não só ao objetivo de tratamento, mas também ao nível de compreensão do próprio paciente (BASTOS et al., 2007; RIGOTTI; FERREIRA, 2005; SILVA et al., 2013).

Os instrumentos unidimensionais são utilizados frequentemente para mensuração da severidade ou intensidade da dor. Dentre elas temos escalas numéricas, nominais e analógicas-visuais. As escalas numéricas são de fácil aplicabilidade, quando encontramos um mínimo de escolaridade. As escalas nominais, trabalham com adjetivos que são de simples entendimento, expressando qualitativamente a dor. Elas usam categorias como: leve, moderada e severa (MARTINEZ et al., 2011). Como escala unidimensional temos a Escala Visual Analógica (EVA) e a Escala Analógica Numérica (EAN). A EVA é constituída por uma linha de 10 cm. Em uma extremidade da linha é marcada por "nenhuma dor ou sem dor" e no outro extremo "pior dor possível". Pede-se então ao paciente que avalie onde ele acha que se localiza o nível de sua algia. Para facilitar o entendimento em alguns grupos específicos, como idosos e crianças, pode-se acrescentar expressões faciais. Já a EAN utiliza-se de valores, onde numa extremidade temos "0" (zero) que representa ausência de dor e no outro extremo "10" (dez) nota para pior dor possível (MARTINEZ et al., 2011; RIGOTTI; FERREIRA, 2005).

Os instrumentos multidimensionais avaliam de maneira mais ampla vários quesitos subjetivos que podem influenciar a dor. Descrevem aspectos sensitivos-discriminativos e afetivo-emocionais. Existem várias escalas utilizadas e validadas, como o Questionário de McGill e Inventário Breve de Dor. Entretanto, são escalas que são mais passíveis de influências de fatores sociais, emocionais e culturais, podendo influenciar na resposta e interpretação (DUCHARME, 2014; MARTINEZ et al., 2011).

3.10 TRATAMENTO DA DOR

A dor, quando não tratada corretamente, acarreta prejuízos na vida dos doentes e também de seus cuidadores em todas as dimensões: físicas, psicológicas, social e espiritual. O estresse causado pela dor intensa desencadeia reações orgânicas com efeitos negativos significativos e particularmente nocivos em pacientes já comprometidos por doenças prévias e idade. O alívio da dor é uma exigência absoluta, e determina uma prioridade de ação pelos profissionais de saúde. Devido a falta de conhecimento a respeito de doses eficazes, do tempo de ação dos analgésicos, das técnicas analgésicas disponíveis, do receio quanto aos efeitos das medicações, vícios, entre outros fatores, a literatura descreve a dor como sendo frequentemente subtratada, mesmo sendo um sintoma tão frequente no ambiente hospitalar (BASTOS et al., 2007; PIMENTA, 1999; RIGOTTI, FERREIRA, 2005; TEIXEIRA; CORREA; SILVA et al., 2013).

Vários medicamento são utilizados no tratamento da dor, com o objetivo de controlá-la, com poucos efeitos colaterais e com custo reduzido. A seleção deve seguir uma escala crescente de complexidade, magnitude e preços. Respeitando-se as necessidades e tolerâncias de cada indivíduo. Os grupos de medicamentos mais comumentes utilizados são: anti-inflamatórios não esteroides (AINE's), os opioides e adjuvantes (SILVA et al. 2013).

No tratamento farmacológico da dor, o uso de AINE's desempenha um papel importante a nível central e periférico. Os AINE's são indicados para dor leve ou moderada. Os opioides são usados como analgésicos, desempenhando um papel importante na dor pós-operatória, inibindo a condução dos estímulos dolorosos para estruturas rostrais (finais). Eles são indicados para a dor de intensidade média e grande e o seu efeito ocorre através da inibição da libertação de neurotransmissores excitatórios no sistema nervoso central (SNC) e do sistema nervoso periférico (SNP) e de dopamina nos gânglios basais. Eles também ativam o sistema supressor endógeno e alteram os processos cognitivos e emocionais relacionadas com a percepção de dor (SILVA et al., 2013).

Drogas adjuvantes são medicamentos para outros fins terapêuticos, contudo o resultado de tal ação acaba por cursar com efeito analgésicos complementares, principalmente quando associados. Aqueles que estão neste grupo são ansiolíticos, antidepressivos, neurolépticos e anticonvulsantes (SILVA et al., 2013).

Tabela 1. Severidade da dor e tratamento medicamentoso

Intensidade da dor de acordo com EAN, EVA*	Tipo de Medicação
0-3- Dor Leve	Analgésico simples, Aine's + Adjuvantes
4-6- Dor Moderada	Opioides leve + Adjuvantes
>6- Dor forte	Opioide forte

*Abreviação: EAN= Escala Analógica Numérica, EVA= Escala Visual Analógica
Adaptado de DUCHARME, 2014.

Uma abordagem multimodal também se faz imperativa, abrangendo técnicas não farmacológicas, como terapias físicas que utilizam aplicação calor e frio, massagem, estimulação elétrica nervosa e acupuntura. Essas atividades ativam o sistema sensório-discriminativo, estimulando o sistema supressor da dor. Técnicas cognitivo-comportamental, como relaxamento, musicoterapia e hipnose, parecem promover o relaxamento muscular e promover a distração (SILVA et al., 2013).

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal, com uma abordagem quantitativa e observacional, desenhado para avaliar a prevalência de dor e fatores associados em todos pacientes internados no Hospital Geral de Roraima (HGR), de modo prospectivo.

4.2 Local de estudo

A pesquisa será realizada no Hospital Geral de Roraima (HGR), referência do Estado em atendimento de alta complexidade e também considerado como hospital de ensino, visto que recebe inúmeras atividades acadêmicas no seu complexo (BRASIL, 2014).

O Estado de Roraima tem uma população estimada em 496.936 habitantes (IBGE, 2014). O HGR encontra-se localizado em sua capital, atendendo a população local e também pacientes proveniente de outros municípios e países com os quais faz fronteira, como Guiana Inglesa e Venezuela.

Estruturalmente, possui cerca de 248 leitos de internação descritos no DATASUS (2014), entretanto, após visita *in loco* encontramos apenas 212 leitos divididos em 5 blocos dentre especialidades clínicas, cirúrgicas e complementares.

As especialidades cirúrgicas contemplam ortopedia, torácica, oncologia, neurocirurgia, gastroenterologia, plástica, oftalmologia, nefro-urologia, endocrinologia, cardiologia, otorrinolaringologia, torácica, oncologia, cirurgia geral e bucomaxilofacial (DATASUS/2014).

Como especialidades clínicas temos a clínica geral, hematologia, cardiologia, nefro-urologia, infectologia, endocrinologia, pneumologia, oncologia, neurologia, e psiquiatria (DATASUS/2014).

4.3 População e Amostragem

A população alvo do estudo foi composta por todos pacientes internados nas enfermarias do HGR. Os pacientes foram avaliados, de forma prospectiva, transversal com avaliação diária, até atingir-se a totalidade da amostra.

Foram considerados como pacientes internados todos que apresentavam suas Autorizações de Internação Hospitalares (AIH's) preenchidas e se localizavam acomodados nas enfermarias do HGR.

Importante frisar que este estudo, por ter caráter de censo, não teve necessidade de calcular o tamanho amostral, uma vez que se realizou avaliação de toda população internada. Além disso o método de amostragem foi sistemático simples, onde os internados foram incluídos de forma sistêmica e consecutiva, sem seleção de pacientes.

4.4 Procedimentos metodológicos

A coleta de dados foi realizada no Hospital Geral de Roraima, no mês de novembro e dezembro de 2015, com pacientes internados nas enfermarias da referida instituição.

Antes de iniciarmos a coleta de dados, algumas medidas foram necessárias para que respeitássemos as exigências éticas e legais da pesquisa. Primeiramente, remetemos o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Roraima, através do site da Plataforma Brasil (<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>). Após ajustes e autorização pelo referido Comitê (Parecer nº 1.440.632), solicitamos autorização a instituição hospitalar, alvo do estudo.

Inicialmente, realizamos levantamento do quantitativo de leitos existentes na instituição, onde foram identificados 212 leitos de internação hospitalar. Os mesmos foram avaliados de acordo com suas divisões estruturais, ou seja de acordo com os blocos hospitalares. No HGR existem 5 (cinco) blocos, que mesclam diversas especialidades entre clínicas e cirúrgicas.

A seguir da identificação de leitos, foi realizado um teste inicial com 5 (cinco) pacientes, onde foi aplicado o Instrumento de Coleta de Dados, para identificar-se possíveis expectativas ou necessidades de adaptações. Neste primeiro contato com a população de interesse, foi possível realizar ajustes no questionário para otimizar o estudo e finalizou-se então o modelo contido no APÊNDICE-A.

As entrevistas foram realizadas após mínimo de 24hs de internação, sempre no período final da tarde, visando que os mesmos já tivessem recebido avaliação tanto pela equipe médica quanto de enfermagem. Caso o paciente não dispusesse de 24hs de internação ou não houvesse paciente internado, retornava-se no dia posterior ou até haver internado, para que assim ocorresse a abordagem de todos leitos hospitalares.

As entrevistas foram sempre realizadas pelo mesmo pesquisador (pesquisador principal), seguindo-se lógica de apresentação inicial sobre o objetivo do estudo e sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (APÊNDICE B). Era então solicitada a leitura do mesmo e após, assinatura. Para aqueles que não sabiam ler, ou por outra razão não podiam assinar, fizemos a leitura e solicitamos a colocação da sua digital no espaço destinado a assinatura. Sempre foi esclarecido que participação era voluntária, podendo desistir da pesquisa a qualquer momento. Após assinatura do mesmo, era então aplicado o questionário.

Foram incluídos aptos para pesquisa, todos pacientes com idade igual ou maior que 18 anos, de ambos os sexos, e que aceitaram participar do estudo após assinatura do TCLE. Também como critério de inclusão foi necessário que o paciente apresentasse cognição preservada para melhor avaliação e descrição de sintomas. Sendo assim, pacientes com distúrbios psiquiátricos e com distúrbios cognitivos já diagnosticados previamente ou no momento da internação foram excluídos deste estudo. Além disso, excluiu-se ainda internados com algum déficit de linguagem e aqueles que não compreende-se português, para que não houvesse problemas nas interpretações da entrevista.

Quanto ao instrumento de coleta, para seu melhor preenchimento, primeiramente foram coletados todos dados disponíveis no prontuário e prescrição e logo após se realizou a entrevista visando complementar caracterizações sociodemográficas e clínicas. A entrevista foi realizada então na beira do leito, com tempo médio de duração de 10 a 15 minutos, utilizando-se ordenação presente no próprio questionário.

4.5 Instrumento de Coleta de Dados

Para coleta de dados, fizemos uso de um instrumento de dados (APÊNDICE A). Este instrumento foi semi-estruturado e descritivo, sendo dividido em duas partes. A primeira continha questões relacionadas à caracterização sociodemográfica, como idade, sexo, procedência, escolaridade, estado civil, ocupação, renda familiar, religião, filhos e se havia acompanhamento em Unidade Básica de Saúde (UBS) previamente. Na segunda, foram abordadas informações sobre a caracterização clínicas, registros da dor, medicações associadas e quadro emocional relacionado. O formulário foi aplicado com adaptações de vocabulários para a realidade da população, evitando-se termos técnicos.

A dor foi definida como a nossa variável dependente, definindo-a de acordo com a informação relatada pelo paciente e aferida sua intensidade de acordo com a Escala Visual

Analógica ou Escala Analógica Numérica, contida no ANEXO-A. A mesma classifica de forma visual, facilitando o entendimento sobre a dor (DUCHARME, 2014).

4.6 Ordenação, análise e interpretação dos dados

Os dados desta pesquisa foram interpretados de acordo com cada instrumento utilizado, seguindo as etapas de organização do material obtido (observações, anotações, registro, entrevista e formulário); leitura, transcrição e análise dos resultados do instrumento utilizado; interpretação dos dados obtidos correlacionados aos conhecimentos de revisão bibliográfica.

A comparação entre os dados de prevalência e as variáveis preditoras foi realizada com auxílio do teste de *t de Student* para proporções. A análise de correlação entre as variáveis explicativas e dependentes foi avaliada pelo teste do *qui-quadrado* de Pearson. O nível de significância foi de 5%.

Para comparar o manuseio da dor e o padrão da analgesia proposto pela OMS (1996) foi realizado o Índice de Manuseio da Dor (IMD), o qual é avaliado da seguinte forma: subtrai-se a potência do analgésico da intensidade da dor referida pelo paciente. O IMD varia de -3 a +3; escores negativos apontam para o uso de analgésicos inadequados, já escore zero ou positivo, indica adequação da analgesia (RIBEIRO et al., 2014).

Os analgésicos de acordo com sua potência são classificados em quatro níveis distintos: zero - ausência de fármaco analgésico; 1- analgésico simples (dipirona e paracetamol) e analgésico anti-inflamatório não esteroides (AINE's); 2- opioide fraco (codeína, tramadol) e 3- opioide forte (morfina, meperidina, metadona). A intensidade da dor classifica-se em três níveis: zero (sem dor); 1 dor leve (1-3); 2 dor moderada (4-6), 3 dor intensa (8-10) (DUCHARME, 2014).

A seguir está descrito um exemplo do cálculo do Índice de Manuseio da Dor: fármaco prescrito = dipirona 1 e a Intensidade da dor descrita pelo paciente = 9 o que equivale a 3.

Seguindo o cálculo: Índice de Manuseio da Dor (IMD) = medicação prescrita - dor do paciente, ou seja $IMD = 1 - 3 = -2$.

Todas as informações obtidas foram codificadas e inseridas em um banco de dados. Em seguida, feitas as análises exploratórias dos dados para as variáveis categóricas com a apuração de frequências absolutas e percentuais. Os dados foram analisados por meio do software Social Package for Health Sciences (SPSS) versão 20.0.

Gráficos e tabelas com amostra dos resultados gerais foram elaborados em *Microsoft Excel* e *Microsoft PowerPoint*, visando facilitar a visualização dos resultados.

4.7 Considerações éticas

Todos os participantes do estudo aceitaram participar e assinar o TCLE (Apêndice B). Em toda a pesquisa foi seguida a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Esta pesquisa sob nº CAAE 50530115.0.0000.5302 foi aceita pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Roraima (Parecer nº 1.440.632) em anexo.

4.8 Avaliação dos Riscos e Benefícios

Os riscos foram os mínimos possíveis, com possibilidades de desgaste psicológico e cansaço causados pelas perguntas da pesquisa. Para minimizar os riscos foi esclarecido que a participação na pesquisa era voluntária e só seria realizada se o participante se sentisse à vontade para responder o questionário, sendo que a negatividade não incorreria em qualquer consequência para o tratamento do mesmo.

Quanto aos benefícios, pretende-se que com os resultados deste estudo possam ser propostos serviços de acompanhamento aos pacientes com dor e capacitações para os profissionais de saúde, os quais já existem em outros hospitais referências.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Do total de 212 leitos de internação no HGR, o presente estudo acessou uma amostra total de 194 pacientes, pois devido a remanejamento de 8 leitos, houve diminuição do número de internados conseqüentemente e 10 pacientes não aceitaram participar do estudo.

Dessa forma, foram levantados todos os dados referentes a amostra restante ($n=194$), através do questionário da pesquisa. Após a coleta e tabulação dos dados, em um segundo momento, selecionou-se apenas aqueles que cumpriam os critérios de inclusão para participar do estudo. A Tabela 2 mostra as condições gerais dos participantes acessados no local de coleta dos dados.

Tabela 2. Condição geral dos questionários aplicados no HGR, 2015.

Condição	N	%
Validados	158	81,4
Distúrbios neurológicos/linguagem	18	9,3
Inconsciente	5	2,6
Não falam português	4	2,1
Menor de idade	9	4,6
Total	194	100,00

Fonte: HGR/RR, 2015.

Considerando os critérios desta pesquisa, foram excluídos aqueles pacientes que apresentavam distúrbios neurológicos e/ou linguagem, estavam inconscientes, não falavam português, bem como os que possuíam idade inferior a 18 anos, totalizando uma perda de 36 sujeitos (18,6%).

5.1 Descrição da amostra

No que se refere à caracterização sociodemográfica dos entrevistados validados ($n=158$), estes tinham idade variando entre 18 a 87 anos ($M = 44,3$; $DP = 18,2$). A maioria dos entrevistados era do sexo feminino, com 98 (62,0%) participantes e 60 (38,0%) eram do sexo masculino. Quanto à etnia, 126 (79,8%) eram não indígenas e 32 (20,2%) indígenas. Ainda, 125 (79,1%) da amostra possuíam filhos e 33 (20,9%) não possuíam, sendo 71 (44,9%) eram católicos, 54 (34,2%) evangélicos, 21 (13,3%) não tinham religião e 12 (7,6%) possuíam

outras religiões. Informações adicionais sobre o perfil sociodemográfico da amostra são apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3. Perfil sociodemográfico da amostra geral (n = 158).

Variáveis	N	%	
Procedência	Capital	109	69,0
	Interior de Roraima	34	21,5
	Outro país	7	4,4
	Outro Estado	8	5,1
Etnia	Indígena	32	20,2
	Não Indígena	126	79,8
Renda Mensal	1 a 3 Salários Mínimos	100	63,3
	Apenas benefícios sociais	21	13,3
	4 a 6 Salários Mínimos	17	10,8
	> 1 Salário Mínimo	14	8,9
	≥ 7 Salários Mínimos	6	3,8
Nível de instrução	Ensino médio completo	47	29,7
	Ensino Fundamental incompleto	45	28,5
	Ensino fundamental completo	28	17,7
	Ensino médio incompleto	18	11,4
	Não alfabetizado	10	6,3
	Ensino superior	10	6,3
Ocupação Profissional	Em atividade	80	50,6
	Sem atividade	47	29,7
	Aposentado	31	19,6
Situação conjugal	Casado	80	50,6
	Solteiro	60	38,0
	Divorciado	10	6,3
	Viúvo	8	5,1
Total	158	100	

Fonte: HGR/RR, 2015.

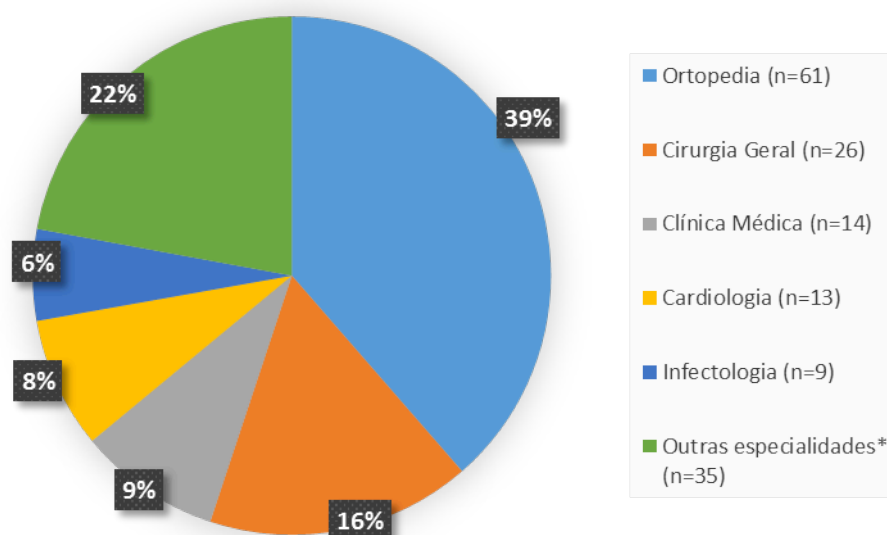
Outras características sociodemográficas apontam que 109 (69%) dos pacientes procediam da capital, Boa Vista (RR). Nos casos oriundos de outro país ($n=7$), todos eram da Venezuela.

É válido ressaltar que dos 158 pacientes apenas 37 (23,4%) dos pacientes faziam acompanhamento nas UBS, isto é, 121 (76,6%) dos sujeitos não tiveram quaisquer acompanhamento a partir do atendimento das unidades básicas, por pelo menos seis meses antes da internação. É importante frisar que as UBS devem ser a "porta de entrada" do

Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo com a evolução do cuidado ao doente no pré e pós alta hospitalar.

Abaixo, no Gráfico 1, seguem as especialidades que predominaram na amostra geral.

GRÁFICO 1- Divisão dos pacientes de acordo com a especialidade (n=158).



*Buco-maxilofacial, Cirurgia Plástica, Endocrinologia, Gastroclínica, Hematologia, Neurologia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Oncologia, Otorrinolaringologia, Pneumonia e Urologia.

FONTE: AUTORA DA PESQUISA, 2016.

5.2 Análise da Prevalência da dor e seu perfil sociodemográfico

Em nossa pesquisa a prevalência da dor foi declarada em 46,8% (n=74) dos pacientes entrevistados. Estima-se que cerca de 80% da população mundial procure os serviços de saúde com dor (BARROS et al., 2015; IASP, 2011; KIPEL et al., 2015; TEIXEIRA, SIQUEIRA, 2009). No Brasil, os estudos epidemiológicos de prevalência da dor nas instituições de saúde ainda são poucos. Num dos estudos que descreve a prevalência de dor em UBS foi de 30% (SIQUEIRA, 2013). Alguns estudos mostram uma prevalência de dor em hospitais com valores entre 45 a 80% (HARTZ; KIRCHDOERF, 1987; RIGOTTI, FERREIRA, 2005; SILVA et al., 2013; YATE et al., 1998).

No estudo de Barros et al. (2015), o mesmo observou prevalência da dor entre os usuários de uma unidade de saúde de 42%, se assimilando aos encontrados em nosso estudo.

O controle da dor é uma prática de saúde pública, sendo que a falta de diagnóstico e tratamento adequados na fase aguda podem favorecer a cronificação da dor e o agravamento da doença base (BARROS et al., 2015).

As informações sociodemográficas em nossa pesquisa apontam que entre quem tinha dor, a idade variava entre 18 a 85 anos ($M = 42,4$; $DP = 18,7$) e 79,7% eram não indígenas. Ainda, a maioria da amostra (78,4%) possuíam filhos, sendo que 43,7% eram católicos.

Além disso, o nosso estudo demonstrou alta predominância do gênero feminino (62%) acerca da queixa de dor. O estudo de Barros et. al., (2015) também demonstrou valor similar onde 69% dos pacientes com algia eram femininas.

O resultado de maior prevalência dor no gênero feminino condiz com várias literaturas e pode estar relacionado ao fato de que mulheres desenvolvem mais problemas musculoesqueléticos por suas particularidades anatômicas e funcionais, como baixa estatura, menor massa muscular e densidade óssea, maior frouxidão articular e menor grau de adaptação ao esforço físico quando comparadas aos homens, além de procurarem mais precocemente os serviços de saúde (DUCHARME, 2014; PALMEIRA et al., 2011; SANTOS et al., 2015; TEIXEIRA; SIQUEIRA 2009).

Ainda pode haver diferença na prevalência de dor entre os gêneros baseando em três teorias: a teoria em função do gênero, da exposição e a da vulnerabilidade. A primeira afirma que é mais socialmente aceitável culturalmente para a mulher relatar dor e que o homem apresente limiar de dor mais elevado do que a mulher (MARTIN et al., 2015; SANTOS et al., 2015). A teoria da exposição afirma que a mulher é mais exposta aos fatores de risco para dor musculoesquelética, como as atividades domésticas. E segundo a teoria da vulnerabilidade, as mulheres estão mais propensas a desenvolver dor musculoesquelética devido a aspectos psicológicos relacionados aos hormônios sexuais (SANTOS et al., 2015).

Além disso, nosso estudo teve predomínio da dor na faixa etária de 18 a 28 anos (adultos-jovens) no predomínio da dor, com 25,7% ($n=19$). Isso pode se justificar devido ao perfil jovem do Estado e também ao se catalogar a especialidade de ortopedia como principal causa de internação no HGR, inferindo muitas ocorrências de trauma (BRASIL, 2011). Além disso, na literatura observa-se que os desencadeadores do trauma nesses grupos populacionais, mais comuns são os acidentes de trânsito, de trabalho e agressões, os quais tendem a ser mais graves levando a processos dolorosos intensos (MARTIN et al., 2015).

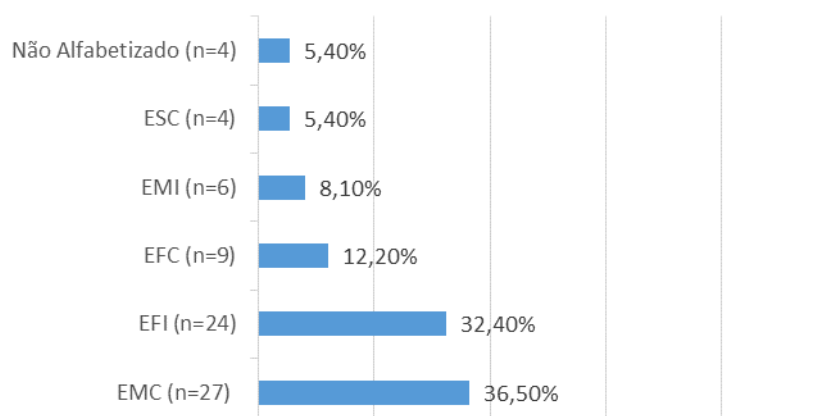
Em seguida aos adultos jovens, a faixa etária que predominou foi o de idosos (>60 anos) com 24,2% ($n=18$). Na literatura, os índices de dor são escassos quando se avaliam pacientes idosos internados, visto a dificuldade na aplicação de escalas visuais nesta

população. Mesmo assim Ferrell et al. (1995) e Helme e Gibson (2001), encontraram dor em mais de 80% dos idosos institucionalizados. Sendo que Desbien et al. (1997) descreveu que 45,8% de todos idosos admitidos em hospitais reportam dor, sendo 19% de intensidade moderada a severa. Entretanto, devido ao potencial impacto da dor, é importante que prestadores de cuidados de saúde avaliem a dor com cuidado. Idosos tem menor sensibilidade a estímulos dolorosos, assim, é provável que quando estes se queixam de dor a intensidade da mesma seja efetivamente muito alta (SANTOS et al., 2015). Tanto a avaliação de tratamentos em estudos controlados e a implementação e avaliação das intervenções no cuidado dos mais velhos adulto requer uma avaliação precisa da dor clínica (HERR et al., 2004). A dor tem impacto sobre as funções básicas de vida diária em pacientes mais idosos e também pode contribuir diretamente na apresentação e evolução da doença-base. Dor não tratada pode causar *delirium*, sofrimento e incapacidade de aderir às terapias médicas prescritas (MATTISON; MARCANTONIO, 2012).

É importante ainda frisar que no momento da avaliação, todo paciente com distúrbio cognitivo foi excluído e que conseqüentemente houve grande número de idosos que deixaram o estudo por quadros demenciais ou sequelas neurológicas de origem vasculares, o que pode ter contribuído significativamente no índice, uma vez que a dor é um sintoma que aumenta a prevalência de acordo com ao avançar da idade.

Em nossa pesquisa encontramos ainda que 47,3 % (n=35) dos pacientes com dor eram casados, 29,2% (n=29) eram solteiros e 6,8% (n=5) eram viúvos e a mesma porcentagem para divorciados. Perissinotti (2001) ao descrever perfil dos pacientes que procuram ambulatório especializado no tema da dor, também encontrou predomínio de casados (55,6%). O encontro de elevado números de solteiros pode ter relação com a etiologia de trauma em jovens, predominante em nossa amostra.

Quanto à escolaridade, alguns autores sugerem que esse pode ser um fator importante no controle da dor, haja vista que o nível escolar poderia contribuir para uma adequada compreensão e adesão às orientações relativas a dor. Neste estudo, verificou-se que quase 2/3 da amostra não apresentavam nível superior, o que poderia sinalizar para um seguimento inadequado de terapêuticas analgésicas, talvez por falta de compreensão das orientações para controle da dor ou ainda receio de queixar-se sobre este sintoma (SANTOS et al., 2015). O Gráfico 2 detalhamento a escolaridade nos pacientes com dor.

GRÁFICO 2- Distribuição dos pacientes com Dor por escolaridade (n=74).

ESC= Ensino Superior Completo; EMI= Ensino Médio Incompleto; EFC= Ensino Fundamental Completo; EFI = ensino fundamental incompleto, EMC = Ensino Médio Completo

FONTE: AUTORA DA PESQUISA, 2016.

Em relação à etnia, nesta pesquisa optamos por classificar apenas em indígenas e não-indígenas tendo em vista a característica de interesse e predomínio em nossa região Amazônica. Em nosso estudo encontramos presença de dor em 46,9% (n=15) dos indígenas avaliados, valor praticamente igual aos não-indígenas 46,8% (n=59). Fator possivelmente explicado pela miscigenação de nosso Estado, assim como o menor isolamento cultural a que estas populações se encontram. Além disso entre os indígenas com dor, 46,7% (n=7) moravam na capital, corroborando com nossa ideia de aproximação cultural influenciando nas suas expressões álgicas. Na população indígena também houve predomínio do sexo feminino 73,3% (n=11).

Quando associamos ainda, os pacientes com dor comparando-os aos sem dor, observa-se que das variáveis sociodemográficas descritas à prevalência de dor, somente a variável renda mostrou efeito marginalmente significativo ($p = 0,07$). De modo mais específico, apenas esta variável na presente amostra, pareceu diferenciar os sujeitos quanto à prevalência de dor, sugerindo que quanto menor a renda mensal, maior a probabilidade de prevalência de dor.

A Tabela 4 mostra detalhadamente a associação da dor e as variáveis sociodemográficas nos pacientes internados no HGR.

Tabela 4 – Associação entre dor e fatores sociodemográfico dos pacientes internados no HGR.

Características	Com dor		Sem dor		p-valor	V de Cramer
	n	%	n	%		
Sexo						
Masculino	28	37,8	32	38,1	0,973	0,003
Feminino	46	62,2	52	61,9		
Procedência						
Capital	47	63,5	62	73,8	0,163	0,11
Outra origem	27	73,8	22	26,2		
Filhos						
Sim	58	78,4	67	79,8	0,831	0,01
Não	16	21,6	17	20,2		
Etnia						
Indígena	15	20,3	17	20,2	0,847	0,17
Não indígena	59	79,7	67	79,8		
Situação conjugal						
Casado	35	47,3	45	53,6	0,431	0,06
Outros	39	52,7	39	46,4		
Escolaridade						
EFI	24	32,4	21	25,0	0,161	0,15
EMC	27	36,5	22	26,2		
Outros	23	31,1	41	48,8		
Ocupação						
Em atividade	42	56,8	38	45,2	0,148	0,11
Outros	32	43,2	46	54,8		
Renda						
BS e < 1 SM	11	14,9	24	28,6	0,07	0,17
1 a 3 SM	53	71,6	47	56,0		
≥ 4 SM	10	13,5	13	15,5		
Faixa etária						
18 a 28 anos	19	25,7	15	17,9	0,564	0,11
29 a 39 anos	17	23,0	18	21,4		
40 a 49 anos	17	23,0	20	23,8		
50 a 59 anos	3	4,1	2	2,4		
60 a 87 anos	18	24,2	29	34,5		

*EFI = ensino fundamental incompleto, EMC = ensino médio completo, BS = benefícios sociais, SM = salário mínimo.

FONTE: HGR/2015

Por fim, como uma informação adicional, ressalta-se que em relação aos 84 pacientes que não relataram possuir dores, 98,1% (n=82) dispunham de analgesia na prescrição, sendo que em 50% (42) pacientes a medicação estava fixa/ contínua, podendo assim indicar um direcionamento sobre a efetividade do fármaco.

No estudo da amostra foi encontrado ainda que apenas 21 (28,4%) dos pacientes com dor, tiveram algum tipo de acompanhamento nas UBS nos últimos seis meses. Isto é, 71,6% ($n=53$) não relataram o atendimento no setor primário de saúde.

Na Tabela 5, apontamos a associação da dor dos pacientes internados no HGR e as especialidades médicas.

Tabela 5 – Associação entre dor e especialidades, 2015.

Especialidade	Com dor		Sem dor		p-valor	V de Cramer
	n	%	n	%		
Cardiologia	3	4,1	9	10,7	0,08	0,22
Cirurgia geral	11	14,9	15	17,9		
Clínica médica	3	4,1	11	13,1		
Ortopedia	32	43,2	29	34,5		
Outros	25	33,8	20	23,8		

Fonte: HGR/2015

Observa-se que, quanto ao cruzamento das variáveis presença e ausência de dor com as categorias de especialidades em que os pacientes estavam internados e prevalência de dor, houve um relação marginalmente significativa ($p = 0,08$), sugerindo, nesse caso, que há maior prevalência de um quadro clínico de dor em pacientes atendidos na especialidade de ortopedia. Calil e Pimenta (2005), relataram, após uma extensa pesquisa bibliográfica, que a dor nos serviços de relacionados ao trauma é menos avaliada e tratada adequadamente. Quando avaliamos pacientes com algum trauma presente, ou seja com lesão tecidual presente, o que poderia influenciar diretamente na presença de dor, encontramos dentre todos pacientes ortopédicos ($n=61$), houve prevalência da dor em 52,4% ($n=32$). Tratam-se de procedimentos que ocorrem com lesões teciduais, que dificilmente não causam dor. Portanto deveria ser deixado analgesia fixa, evitando-se o termo “se necessário” nas prescrições.

Nos pacientes ortopédicos, devido ao tipo de lesão tecidual, a permanência de dor dificulta o tratamento e recuperação, pois leva alterações significativas nos sinais vitais, podendo inferir também num tempo de permanência hospitalar mais prolongado (KAWAI et al., 2015)

5.3 Características Clínicas da Dor

Como já explicitado, neste estudo os resultados objetivaram também as variáveis clínicas dos sujeitos envolvidos na pesquisa relacionadas à dor. Mais explicitamente, os dados comportaram informações acerca da frequência da dor, potência do analgésico prescrito,

intensidade da dor, tempo de checagem da medicação após a queixa, se o paciente vivenciava alívio da dor após medicação, índice de manuseio da dor, assim como se havia relação entre dor e emoção.

Nos pacientes com dor, foi observado ainda que na maioria 51,4% (n=38) a dor não era contínua e que em metade dos pacientes a dor era de intensidade moderada a forte, respectivamente 20,3% (n=15) e 29,7% (n=22).

Tabela 6- Caracterização da dor (n=74) em pacientes internados no HGR, 2015.

		N	%
Dor é contínua?	Não	38	51,4
	Sim	36	48,6
	Total	74	100,0
Localização*	Membros superiores	13	17,6
	Membros inferiores	31	41,9
	Segmento torácico	11	14,9
	Segmento abdominal	23	31,1
	Coluna	4	5,4
	Crânio	5	6,8
Intensidade da dor	Leve	37	50,0
	Moderada	15	20,3
	Forte	22	29,7
	Total	74	100,0

*Alguns pacientes relataram mais de uma localização corporal para dor

Fonte: HGR/2015

Ainda encontramos importante dado que em nossa amostra com dor (n=74), onde 81,1% (n=60) encontravam-se com dor há pelo menos 48hs. Valor substantivo, visto que foi observado que em todas as prescrições médicas havia descrição de algum tipo de analgésicos, sendo que em 55,4% (n=41) dos casos a medicação foi realizada pelo menos uma vez e em 44,6% (n=33) dos mesmos a administração do medicamento não ocorreu ou se ocorreu foi por pelo menos 12hs antes da queixa, conforme tabela a seguir (TABELA 7).

Tabela 7- Tempo de abordagem com administração de medicamento analgésico e análise da sua efetividade no controle da dor.

		N	%
Tempo de realização da medicação	Até 10 minutos	23	31,1
	Entre 10 e 30 minutos	8	10,8
	Entre 30 minutos e 1 hora	2	2,7
	Entre 1 e 6 horas	2	2,7
	6 a 12 horas	0	0,0
	>12 horas	6	8,1
Não receberam		33	44,6
Satisfação com alívio completo da dor? *	Sim	25	61
	Não	16	39
	Total	41	100,0
A Dor influencia no seu estado emocional?	Sim	66	89,2
	Não	8	10,8
	Total	74	100

Fonte: HGR/2015

*Considerado apenas quem recebeu a medicação (n=41)

O controle da dor deve ser prioridade nos serviços de saúde, sendo que é tolerável sua abordagem em até 10' (minutos) após a queixa (WHO, 1990). Em nossa pesquisa apenas 31,1% (n=23) dos pacientes com dor, receberam medicação em menos de 10' após a queixa, com 39% de insatisfação com a analgesia realizada, pois a dor não teve alívio completo. Contrapondo-se aos nossos resultados, Silva e Pimenta (2003) observaram em um estudo que avaliava analgesia em internados, que 100% dos pacientes com dor foram atendidos com medicação analgésica e em 65% esse atendimento foi em menos de 10' e com índices de insatisfação com a medicação de apenas 5,3%.

Considerando ainda a potência da medicação analgésica prescrita e a intensidade da dor, foi possível avaliar se o manuseio medicamentoso foi considerado adequado, conforme IMD (índice de manuseio da dor) descrito na tabela abaixo.

Tabela 8. Avaliação do Índice de Manuseio da Dor (IMD)

		N	%
Potência do Analgésico (PA) prescrito*	Sem Fármaco	0	0
	Analgésico simples/ AINES	30	40,5
	Opioide fraco	42	56,8
	Opioide forte	2	2,7
Intensidade da Dor (ID)	Leve	37	50,0
	Forte	22	29,7
	Moderada	15	20,3

IMD**	Adequado	50	67,6
	Inadequado	24	32,4

* Considerado para o cálculo a medicação mais potente contida na prescrição

** (IMD: PA-ID)

Fonte: HGR/2015

Quando se analisa a potência analgésica utilizada (Tabela 8) identificou-se que todos os pacientes tinham algum analgésico na prescrição, sendo que a prescrição de AINES ou analgésicos simples estava presente em 40,5% (n=30) dos pacientes com dor, opioide fraco em 56,8% (n=42) e opioide forte em 2,7% (n=2). Quando calculado a intensidade da dor, o IMD demonstrou-se adequado para 67,6% (n=50) dos pacientes. Porém, mesmo com IMD considerado satisfatório, destaca-se elevado índice de dor, moderada 20,3% (n=15) e forte 29,7% (n=22).

Alguns estudos demonstram muita resistência a prescrição de opioide forte, mesmo com queixa intensa de dor, já que muitos profissionais reservam estes medicamentos para pacientes oncológicos, devido questões culturais associadas e receio dos efeitos colaterais, como tolerância e dependência (raros no tratamento de dor aguda), contrapondo-se à recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) na escada analgésica (SEREZA; DELLAROZA, 2003; RIBEIRO et al., 2015; WHO, 1996).

Entretanto, constatamos que muitas prescrições se repetiam sempre com as mesmas medicações, ou seja, as mesmas não eram adicionadas de acordo com as queixas dos pacientes e sim padronizadas entre todos. O que nos levou a enfrentar dificuldades na interpretação da identificação mais fidedigna sobre a dor. Conquanto, com o elevado índice de não alívio da dor quando medicamentados, possa ser uma boa referência da falta de reavaliação e da eficácia da medicação prescrita.

Falhas na formação de profissionais de saúde na área de analgesia, apreciação inadequada ou negligência em relação a dor podem contribuir para a insuficiência no alívio da algia dos pacientes internados (PIMENTA, 1998). Seraza e Dellaroza (2003) ao analisarem estudantes do último ano de diversas áreas da Saúde na Universidade Estadual de Londrina, encontrou que 87,8% dos mesmos não haviam participado de nenhum curso ou evento específico sobre dor, sendo que muitos tinham dificuldade em avaliar se havia relação entre a intensidade da dor e o grau da lesão tecidual. Sendo que 30,1% dos estudantes responderam que era preciso curar sempre a enfermidade e não a dor, demonstrando que o controle da dor não é estimulado como prioridade mesmo nas redes de ensino. É importante enfatizar que

nem sempre é possível determinar com precisão a causa, mas é essencial controlar a dor para garantir a qualidade de vida.

Ademais, quando questionados se a presença de dor influenciava em seu estado emocional, 89,2% (n=66) dos pacientes relataram que sim e 10,8 % (n=8) que não havia relação. É importante frisar que pacientes clínicos com dor têm alta prevalência de episódios depressivos e o inverso também, sendo que os transtornos de humor pode influenciar diretamente a intensidade e duração da dor (MARQUES et al., 2013). Além disso, a vivência dolorosa pode trazer terror, desamparo e insegurança para a maioria dos pacientes, e, nesse caso, uma boa “maternagem” por parte da equipe de saúde pode ser fundamental no processo de cura. Mas a dor pode também ser um mecanismo de sobrevivência e recurso fazendo com que o indivíduo sintá-se valorizado, evadindo-se do estado considerado “normal” (VALE, 2009).

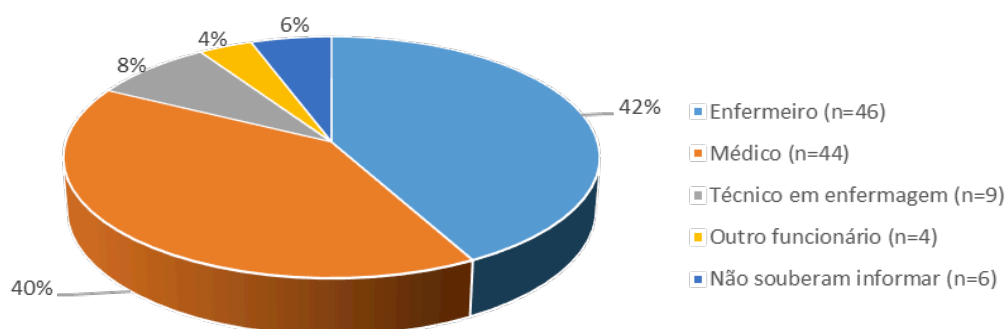
Frente à ampla gama de fatores envolvidos na apreciação e expressão da dor, a sensação de desconforto resultante da estimulação nociceptiva tende a variar muito entre os indivíduos. Os profissionais cientes dessa ampla visão, coletiva e individual, da experiência dolorosa, devem atentar que os doentes sejam vistos como autoridades sobre a sua dor (PIMENTA; PORTNOI, 1999).

5.4 Caracterização da abordagem da dor pelas as equipes de saúde do HGR

Da amostra total de entrevistados, 69% (n=109) relataram que foram abordados em algum momento pelos profissionais de saúde, sobre a presença ou não de dor. Destes, a equipe de enfermagem foi responsável por 42% (n=46) das inquirições de dor, seguido pela equipe médica 40% (n=44). O gráfico 3 descreve tais resultados. Kawai et al., (2015) encontrou em pacientes ortopédicos hospitalizados, níveis mais elevados quanto esta abordagem, sendo que 52% dos médicos questionavam quanto a presença de dor aos seus pacientes e a equipe de enfermagem em 29%.

Muitos serviços de creditação de qualidade à assistência hospitalar incluem o alívio da dor como um item obrigatório a ser avaliado pelas equipes de saúde. Tal orientação visa abranger o direito que o paciente com dor tem de ter sua queixa adequadamente avaliada, registrada e tratada (SILVA; PIMENTA, 2003).

Gráfico 3 –Inquirição sobre a presença de dor pelos profissionais da saúde do HGR (n= 109)



FONTE: AUTORA DA PESQUISA, 2016.

Ainda no que se refere ao questionamento de dor pelos profissionais aos pacientes, destaca-se que entre aqueles que estavam com dor, 73% (n=54) haviam sido abordados e 27% (n=20) não foram interpelados em nenhum momento pela equipe de saúde sobre este sintoma.

Uma das possíveis influências nos baixos índices de abordagem pelas equipes de saúde é a qualidade da formação dos profissionais de saúde que atuam em hospitais. Kipel et al. (2015) descreveu que a maioria dos profissionais de enfermagem não havia tido disciplina específica e nem realizado cursos de capacitação que lhes possibilitasse adquirir competências para tratar adequadamente os pacientes sob seus cuidados com dor aguda ou crônica. Embora se destaque a necessidade de competência do enfermeiro e de outros profissionais no manuseio da dor, pesquisas abordam a deficiência da equipe multiprofissional para avaliá-la, sendo essa a principal razão para que pacientes hospitalizados não recebam o tratamento adequado (KIPEL et. al., 2015; RIBEIRO et al., 2015).

Os profissionais de saúde devem tomar conhecimento de como identificar o sofrimento do paciente através do seu comportamento estereotipado, como choro, gemido, agitação e tremor. O enfermeiro, o profissional que permanece mais tempo ao lado do doente, deve ser capaz de reconhecer sinais da dor, tarefa que indubitavelmente não é fácil, visto que pacientes e profissionais podem ter concepções diferentes sobre a dor. A implantação de protocolos de avaliação e manuseio da dor, como também a aquisição de conhecimentos e de treinamento por parte da equipe de enfermagem, facilitarão a conduta e eficácia na terapêutica da dor. Para a assistência de enfermagem contemplar a resposta humana à dor e o significado para o indivíduo que a vivencia, necessita incluí-la como item de avaliação, ou seja, como

parâmetro que conduzirá o enfermeiro que cuida do paciente a prestar cuidados mais humanizados e de qualidade (ARAÚJO, ROMERO, 2015).

5.5 Descrição no prontuário sobre o sintoma da dor

No que se refere à descrição em prontuário sobre dor pelas equipes de saúde, conforme descrito na Tabela 9, em somente 23,4% (n=37) dos prontuários houve algum registro sobre a presença ou não de dor. Nesses casos, 13,9% (n=22) prontuários receberam anotações pela equipe de enfermagem do Curativo e em 5,7% (n=9) estavam contidas em evolução médica.

Quando consideramos ainda os prontuários de pacientes indígenas, os dados foram mais alarmantes tendo em vista que apenas 9,4% (n=3) apresentavam evolução sobre dor. Enfatizamos aqui as diferenças culturais e de expressão nesta população, que pode ser mais dificilmente percebida pelas equipes de saúde. Sendo que em muitas tribos, a forma passiva de expressão de dor, não significa a ausência da mesma (HELMAN, 1994). O descaso com essas minorias, podem incorrer em complicações nas doenças de base e incentivar o distanciamento destes dos serviços de saúde.

Silva e Pimenta (2003) analisaram prontuários de enfermagem em duas unidades médico-cirúrgicas e encontram anotações de presença de dor em 71,1% e ausência de dor em 23,7%, sendo que em apenas 5,2% não havia quaisquer registro sobre dor. Por outro lado, Kawai et al., (2015) encontrou descrição de dor pelos enfermeiros em apenas 29%. Esses resultados sobrepõem-se aos resultados de nosso estudo, onde a descrição de dor foi predominante apenas pela equipe dos curativos hospitalar. Um dos possíveis motivos para esses achados, é que essa equipe dispõe de uma folha de evolução padrão onde consta o sintoma "dor" e sua descrição é protocolado, ou seja todos pacientes que recebem o curativo são inquiridos sobre algia.

Apesar de estudos apontarem a mensuração e registro da dor pela equipe de saúde como uma intervenção imprescindível para a terapêutica, ainda existe grande dificuldade por parte dos profissionais na valorização deste sintoma, muitas vezes subvalorizando ou mesmo negligenciando o indivíduo. É preciso entender que a dor pode ser visualizada como um evento orgânico, assim como o peso corporal, a temperatura, a altura, a pressão sanguínea e o pulso. A dor pode ser captado por alterações dos dados vitais e outras alterações físicas, determinando-a como um sinal vital, revelador de conforto e bem-estar dos pacientes (ARAÚJO, ROMERO, 2015).

Tabela 9– Presença da descrição de dor pelos profissionais da saúde nos prontuários ($n=158$)

Há descrição de dor na evolução da equipe?	Sim ($n = 37$)		Não ($n=121$)	
	N	%	N	%
Equipe - curativo	22	13,9	-	-
Evolução médico	9	5,7	-	-
Folha de prescrição	3	1,9	-	-
Evolução enfermagem	3	1,9	-	-
Total	37	23,4	121	76,6

Fonte: HGR/2015

Quanto a evolução médica, foi observado que havia registros em 3 pacientes da especialidade cirurgia geral, 2 da clínica médica, 2 na cardiologia e 1 da oncologia e de infectologia.

O registro da informação sobre a experiência dolorosa permite que os dados sejam compartilhados entre os diversos plantões e equipe multiprofissionais que atendem a demanda do indivíduo (SILVA, PIMENTA, 2003). Além disso, a equipe de enfermagem tem papel definidor no manuseio da administração de analgésicos, tendo em vista constante prescrição de medicação "se necessário", exigindo do profissional conhecimento e responsabilidade (KAWAI et al., 2015).

JCAHO (2000) preconizou que a dor fosse avaliada e registrada em conjunto com os demais dados vitais, validando-a como 5º sinal vital. A uniformidade da conduta valoriza e respeita a queixa de dor e o desconforto que esta provoca no paciente e conseqüentemente produz um cuidado integral e mais humanizado (MERSKEY; BOGDUK,1994).

A nossa análise dos registros de dor nos prontuários realizada no presente estudo, mostrou índices inferiores aos descritos na literatura. É importante frisar que algumas atividades são privativas do enfermeiro e médico, e infelizmente percebeu-se pouca referências descritivas sobre dor, e quando presente, em nenhuma vez havia caracterização clínica. Sabe-se que a dor aguda e intensa constitui-se em um dos principais motivos de procura pelo serviço de pronto-atendimento (MARTIN et al., 2015).

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os objetivos deste estudo, encontramos prevalência elevada de dor no ambiente hospitalar, principalmente em mulheres, idosos e pacientes internados nas especialidades cirúrgicas. Além disso, dados alarmantes indicam a falta de registros nos prontuários, indo em contraponto aos conselhos de cada especialidade, que tanto estimulam a defesa do próprio profissional através do respaldo escrito. Acrescenta-se que em ambientes hospitalares os regimes de trabalho são em horários de plantões, e muitas vezes a passagem de rotina sobre o quadro clínico dos pacientes só é possível através da descrição em prontuário.

A ausência de um serviço ou profissionais especializados sobre o assunto e a precariedade em relação à formação de recursos humanos para o gerenciamento da dor também influenciam uma prevalência significativa deste. Em inúmeras vezes avalia-se apenas o paciente em busca de diagnóstico, esquecendo de determinar prioridades de alívio de qualquer espécie de sofrimento, incluindo a dor.

Além disso, o predomínio de servidores de saúde que não dominam o mecanismo do quadro doloroso, baseando-se em modo passivo por parte destes, contribui com dificuldades na abordagem e controle da algia. Na maioria das vezes a espera por expressões comportamentais para a identificação da dor, em virtude do desconhecimento das escalas de mensuração da dor, por exemplo, é usada para justificar a submissão às ações terapêuticas do modelo médico-centrista. Isto demonstra a necessidade de instaurar processos educativos de forma emergencial para que trabalhadores da saúde possam desenvolver uma qualificação periódica e atualizada na problemática da dor, sem esquecer que muitas abordagens pela própria equipe, de maneira mais atenciosa já contribui com o processo de cura.

A educação permanente deve ser fundamental no gerenciamento da saúde, visto que os avanços tecnológicos são constantes e o desenvolvimento de técnicas de analgesia é crescente, fato que exige atualização das equipes. Até pouco tempo não ouviamos falar em "alívio do sofrimento" como terapêutica nos hospitais e hoje, já dispomos de várias normatizações e portarias a respeito do tema.

Vale acrescentar que o controle eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, além de ser um direito dos que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização dos serviços de saúde. A monitorização sistemática pode ajudar no conhecimento sobre a dor. Como encontrado nesta pesquisa, onde a única equipe, de curativos, apresentava protocolos definidos no gerenciamento dos curativos, sendo aplicado automaticamente questionamento sobre dor no paciente. Entretanto observamos a falta de

feedback entre as equipes, que mesmo quando há registro, não vemos continuidade no segmento ao hospitalizado. Os recursos de registros rotineira reduz o índice de pacientes não avaliados quanto ao seu sofrimento. Aquém, o presente estudo foi realizado em um hospital escola, onde acadêmicos de medicina e residentes atuam diariamente, então é válido salientar a importância da implantação de protocolos e programas de educação para a dor.

Sendo assim, seguir padronização de rotinas específicas de avaliação da dor é de fundamental importância para seu controle, tanto quanto conhecer os métodos adequados para seu manuseio. Tais ações estão em conformidade com os preceitos éticos da assistência, necessitam de investimentos em nossa instituição.

Por outro lado, o desafio de todos profissionais que lidam com populações com características específicas, como os moradores da Amazônia Legal, deve ser inicialmente conhecer o paciente e a sociedade em qual se insere, já que a dor merece especial atenção, estabelecendo-se como única à aquele indivíduo.

Diante disso, o descompasso entre o conhecimento científico atual e sua real aplicação, exige-se uma transformação na formação dos profissionais de saúde, que constantemente se deparam com a dor e seu tratamento. A informação e educação devem ser contínua, tanto para os profissionais como para a população em geral.

REFERÊNCIAS

____BRASIL. **CONASS- Caderno de Informações para a Gestão Estadual do SUS-2011**. Roraima. Copyright 2011. 1º ed. ISBN 978-85-89545-40-2. 2011.

____BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde: Resolução 466/2012**. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes.htm>. Acesso em 29 de Junho de 2014.

____BRASIL. **Portaria interministerial N°1687 de 12 de agosto de 2014**. MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2014.

____DATASUS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2014. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VComp= & V Unicidade = 1400102319659>. Acesso em 01 outubro de 2015.

____IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rr>>. Acesso em 20 de outubro de 2015.

ARAÚJO, L.C.; ROMERO, B. Dor: avaliação do 5º sinal vital. Uma reflexão teórica. **Revista Dor**. São Paulo, v. 16, n. 4, p.291-6, out-dez.2015.

BARROS, M. et al., 2015. A magnitude da dor na “porta de entrada” preferencial do Sistema Único de Saúde. **Revista Dor**. São Paulo, v.16, n. 4, p.285-7, out-dez; 2015.

BONHAM, V. Race, ethnicity and pain treatment: Striving to understand the causes and solutions to the disparities in pain treatment. **Journal of Law, Medicine, & Ethics**, v.29, n.1, p. 52–68, 2001. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11521272>>. Acesso em 4 de Junho de 2014.

BONICA, J.J. History of pain concepts and therapies. In: _____. **The management of pain**. 2ª ed. Philadelphia: Lea & Febiger; p. 2-17, 1990. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1875956>>. Acesso em 20 de Junho de 2014.

CALIL, A.M.; PIMENTA, C.A. Pain intensity of pain and adequacy of analgesia. **Rev Lat Am Enfermagem**. Portuguese, v.13, n.5, p.692-9; 2005.

CARVALHO, M.M.de. **Dor, um estudo multidisciplinar**, 2ºed. Editora: Summus, São Paulo, 1999. 346p. Disponível em < <http://books.google.com.br/>> . Acesso em 10 de março de 2015.

CHAN, M.Y.P. et al. Ethnic differences in physical pain sensitivity: Role of acculturation. **PAIN**, v.154, p.119-23, 2013. Disponível em <<http://www.elsevier.com/locate/pain>>. Acesso em 14 de junho de 2014.

CHAVES, L.D. Dor com 5º sinal vital. In: ____NETO, O. A. **Dor: Princípios e práticas**. Porto Alegre: Artmed, p.109-113, 2009. Disponível em<http://books.google.com.br/books?id=QgCJ_f_-htkC&pg=PA113&lpg=PA113&dq=dor+Chaves>. Acesso em 10 setembro de 2014.

CINTRON, A.; MORRISON, S. Pain and ethnicity in the United States: A systematic review. **Journal of Palliative Medicine**, v.9, n.6, p.1454–73, 2006. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>. Acesso em 20 de Junho de 2014.

CLARKE, E.B. et al. Pain management knowledge, attitudes and clinical practice: the impact of nurses, characteristics and education. **J Pain Symptom Manage**, v.11, p.18-31, 1996. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>. Acesso em 20 de Junho de 2014.

CLEELAND, C.S. et al. Pain and treatment of pain in minority patients with cancer. The Eastern Cooperative Oncology Group Minority Outpatient Pain Study. **Ann Intern Med**, v.127, n.9, p.813–6, 1997.

CORTEZ, J.G. et al. Presentation and manual on pain management have changed analgesics prescription in the postoperative period of general surgeries. **Rev Dor**. São Paulo, v.14, n.1, p. 17-20, 2013.

COSTA, C.M.deC. **Informativo- Diferenças de dor no homem e na mulher**. 2008. Disponível em <<http://www.dor.org.br>>. Acesso em 02 de novembro de 2014.

CURTIS, L.A.; MORREL, T.D. **Pain management in the emergency department in Emergency Medicine Practice**: v.8, n.7, Jul., 2006.

DESBIEN, N.A. et al. Pain in the oldest-old during hospitalization and up to one year later. **J Am Geriatr Soc**: v.45, p.1167-72, 1997.

DUCHARME, J. Pain management in adult . **Pain free ed**. 2014. Disponível em <<http://www.painfree-ed.com/>>. IP. 177.179.0.172. Acesso em 24 de Junho de 2014.

FERRELL, B. et al. Pain in cognitively impaired nursing home patients. **J Pain Sympt Manage**, v.10, p:591-8, 1995.

FERRELL, B. Ethnical Perspective on Pain and Suffering: Respect. **Pain Management Nursing**. Philadelphia, v.6, n.3, p.83-90, 2005.

FONSECA, J.C. et al. Pessoas com dor e necessidades de intervenção: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 66, n. 5, p.771-8, 2013.

GATTI et al. Hospital costs of renal colic diagnosis and management in a Brazilian private emergency service. **Revista Dor**. São Paulo, v.14 (1), p. 12-6, 2013.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, M.E.W. et al. Influência da Criação de um Serviço de Tratamento da dor aguda nos custos e no consumo de drogas analgésicas na sala de recuperação Pós-anestésica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 53, n.6, Novembro-Dezembro, p.808-813, 2003.

GUREJE, O. et al. Persistente pain and welll-being. A World Health Organization Study In Primary Care. **JAMA**, p. 147-151, 1998.

HARTZ, A.; KIRCHDOEFER, E. Undetected fibrositis in primary care practice. **J Fam Pract**, v. 25, p. 365-9, 1987.

HELMAN, C.G. Dor e cultura. In:___HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 3ª ed. Porto Alegre, Artmed, p.165-75, 1994.

HELMAN, C.G. Introdução: a abrangência da antropologia médica. In:___HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, p.11- 25, 2009.

HELME, R.D.; GIBSON, S.J. The epidemiology of pain in elderly people. **Clin Geriatr Med** v.17, p.417-31, 2001.

HERR, K.A. et al. Pain Intensity Assessment in Older Adults. **Clinical Journal Pain**, v. 20, n.4, p.207-19, jul/ago, 2004.

HOUGHTON, I.T. et al. Pethidine pharmacokinetics after intramuscular dose: a comparison in Caucasian, Chinese and Nepalese patients. **Anaesth. Intensive Care**, v.20, n.1, p.52-5, 1992.

HSIEH, A.Y. et al. Comparisons of catastrophizing, pain attitudes, and cold-pressor pain experience between Chinese and European Canadian young adults. **J. Pain**, v.11, p.1187-94, 2010.

IASP. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. **Pain**, v.6, n.3, 1979.

IASP. Ano Mundial Contra a Dor Aguda- Outubro de 2010 a outubro de 2011- Qual o Problema? 2011. Disponível em <<http://www.iasp-pain.org-AM-Template.cfm>>. Acesso em Janeiro de 2014.

INCAYAWAR, M.; SAUCIER, J.F. Pain in remote Andean communities-learning from Quichua (Inca) experience. **Rural and Remote Health**, v.10, p.1379, 2010. Disponível em <<http://www.rrh.org.au>>. ISSN 1445-6354. Acesso em 16 de Julho de 2014.

JALES, L. Dor por Metástase. **Simbidor**. São Paulo: Office Editora, p. 43-49, 2009. ISSN 2175-8794.

JAMES, F.R. et al. Epidemiology of pain in New Zealand. **Pain**, vol. 44, n.3, p.279-283, 1991.

JIMENEZ, N. et al. A review of the experience, epidemiology, and management of pain among American Indian, Alaska Native, and Aboriginal Canadian Peoples. **The Journal of Pain**, v. 12, n.5, p.511-22, 2011. Disponível em <<http://www.elsevier.com>>. Acesso em 14 de Junho de 2014.

KAWAI, V.F.deA. et al. Analgesia dos períodos pré e pós-operatório em cirurgias ortopédicas. **Rev Dor**. São Paulo, v.16, n.3, p:166-70, jul-set; 2015.

KIPEL, A.G. et al. Práticas de enfermagem no manuseio da dor em hospitais de um município de Santa Catarina. **Rev Dor**. São Paulo, v.16, n.3, p:198-203, jul-set, 2015.

LI, S.F. et al. Effect of age on acute pain perception of a standardized stimulus in the emergency department. **Annals of emergency medicine**, v.38, n.6, 2001. Doi:10.1067/mem.2001.119849.

LIPTON, J.A.; MARBACH, J.J. Ethnicity and the pain experience. **Social Science in Medicine**, v.19, n. 12, p.1279-98, 1984.

MARQUES, C.A. et al. Associação entre depressão, níveis de dor e falta de apoio social em pacientes internados em enfermarias de clínica médica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: IPUB, v.62, n.1, p.1-7, 2013.

MARTIN, A.R. Conduitas clínicas e satisfação diante da analgesia em vítimas de trauma com dor intensa. **Rev Dor**. São Paulo, v.16, n.3, p:186-9, jul-set, 2015.

MARTINEZ, J.E. et al. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Revista Brasileira de Reumatologia**. São Paulo: Elsevier Ed., v. 51, n.4, p.299-308, 2011.

MATTISON, M.; MARCANTONIO, E.R. **Hospital management of older adults**. Literature review. Última atualização do tópico: Jan 26, 2012. Disponível em <<http://www.uptodate.com>>. Acesso em 05 de outubro de 2015.

MCCAFFERY, M.; BEEBE, A. Pain: clinical manual for nursing practice. C.V. MOSBY, St. Louis, 1989. Disponível em <<http://www.paincommunitycentre.org/biblio/pain-clinical-manual-nursing-practice-0>>. Acesso em 04 de outubro de 2015.

MELZACK, R; WALL, P.D. Pain mechanisms: a new theory. **Science**: v. 50, p.971-9, 1965.

MELZACK, R.; WALL, P.D. **The Challenge of Pain**. 2ª ed. London: Penguin Books, p.15-33, 1991. Disponível em <<http://scielobooks.com>>. Acesso em 20 de Julho de 2014.

MERSKEY,H.; BOGDUK, N. Classification of Chronic Pain, 2º ed, **IASP Press**, Seattle, 1994. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/definition-and-pathogenesis-of-chronic-pain>. Acesso 11/05/2015.

MOORE, A.R.; CLINCH, D. Underlying mechanisms of impaired visceral pain perception in older people. **Journal American Geriatrics Society**, v. 52, n.1, p.132-136, 2004. DOI: 0002-861/04.

PAICE, J.A. Pain. In: ___MCGUIRE, D.B.; YARBRO, C.H. Cancer pain management. 2a ed. Boston: Jones and Barttett; p.100-25, 1995.

PALIT, S. et al. Exploring pain processing differences in Native Americans. **Health Psychology**, v. 32, n. 11, p.1127-36, 2013.

PALMEIRA, C.C.deA. et al. Opioides, sexo e gênero. **Revista Dor**. São Paulo, v.12, n.2, p.182-7, 2011.

PEDROSO, R.A.; CELICH, K.L.S. Dor: Quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**: Florianópolis, v. 15, n.2, p.270-6, 2006.

PERISSINOTTI, D.M.N. Adesão ao tratamento dos doentes com dor crônica: perfil de um ambulatório especializado. **REVISTA SIMBIDOR**, Lemos Editorial e Gráficos Ltda: São Paulo, n.2; v.1, p.08-20, 2001.

PIMENTA, C.A.d.M. Conceitos Culturais e a experiência dolorosa. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.32, n.2, p.179-86, ago, 1998.

PIMENTA, C.A.d.M. **Atitudes de doentes com dor crônica frente à dor**. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1999.

PIMENTA, C.A.d.M. **Dor: manual clínico de enfermagem**. São Paulo: [s.n.]; 2000.

PIMENTA, C.A.d.M.; PORTONOI, A.G. Dor e Cultura. In: ___CARVALHO, M.M. **Dor: um Estudo Multidisciplinar**. São Paulo: Summus, p.159-73, 1999.

PIMENTA, C.A.d.M.; TEIXEIRA, M.J. Considerações iniciais sobre a dor no câncer e seu controle. **Rev. Med São Paulo**, v. 76, p.3-6, 1997.

PIMENTA, C.A.d.M. et al. Dor no doente com câncer. In: ___PIMENTA, C.A.d.M. et al. **Dor e Cuidados Paliativos, Enfermagem, Medicina e Psicologia**. 1° edição. São Paulo: Ed. Manole, p 125-162, 2006.

POSSO, M.B.S. et al. Nurses's perception of the management of chronic non-malignant pain with opioids. **Revista Dor**. São Paulo, v.14, n.1, p.7-11, 2013. Disponível em <www.dor.org.br/revistador>. Acesso em 04 de outubro de 2014.

RIBEIRO, M.doC.O. et al. Dor em pacientes submetidos à apendicectomia. **Rev. Dor**. São Paulo, v.15, n.3, p.198-201, jul-set, 2014.

RIBEIRO, M.doC.O. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre dor e analgesia. **Rev Dor**. São Paulo, v.16, n.3, p:204-9, jul-set, 2015.

RIGOTTI, M.A.; FERREIRA, A.M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. Artigo de Revisão. **Arq. de Ciência Saúde**, v. 12, n.1, p.50-4, jan-mar, 2005.

ROWELL, L.N. et al. Asians Differ From Non-Hispanic Whites In Experimental Pain Sensitivity. **Eur. J. Pain**, v.15, p.764–71, 2011.

SANTOS, F.C. et al. Dor crônica em idosos longevos: prevalência, características, mensurações e correlação com nível sérico de vitamina D. **Rev Dor**. São Paulo, v.16, n.3, p:171-5, jul-set, 2015.

SARTI, C.A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n.1, p.3-13, 2001.

SEREZA, T.W.; DELLAROZA, M.S.G. O que esta sendo aprendido a Respeito da Dor na UEL? **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 24, p. 55-66, jan./dez, 2003.

SILVA, L.A.da. et al. Pain in patients undergoing orthopedic surgery. **Journal of Nursing**, UFPE on line., Recife, 7(10):5883-9, Oct., 2013. DOI: 10.5205/reuol. ISSN: 1981-8963 4377-36619-1-ED.0710201307.

SILVA, Y.B.da; PIMENTA, C.A.M. Análise dos registros de enfermagem sobre dor e analgesia em doentes hospitalizados. **Rev. Esc. Enferm USP**. São Paulo, v.37, n.2, p.109-18, 2003.

SIQUEIRA, J.T. A dor dos brasileiros: discutindo o uso de opioide no tratamento da dor no Brasil. **Revista Dor**. São Paulo, v.14, n.4, p:237-8, 2013.

STRASSEL, S.A. Cognitive Effects of Opioids. **Current Pain and Headache Reports**. Copyright, v.12, p.32-36, 2008. ISSN 1531-3433.

TEIXEIRA, M.J. **Dor no Brasil: estado atual e perspectivas**. São Paulo: Limay; 1995. 195p.

TEIXEIRA,M.J; PIMENTA, C.M; CÔRREA, C.F. **Dor: Conceitos Gerais**. São Paulo: Limay, 1994. Disponível em <<http://books.google.com.br/>>. Acesso em 07 de março de 2014.

TEIXEIRA, M.J. et al. Epidemiologia da dor. In:___TEIXEIRA, M.J.; FIGUEIRÓ, J.A.B. **Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndormes dolorosas e tratamento**. São Paulo: MOREIRA Jr, p.1-7, 2001.

TEIXEIRA, M.J.; SIQUEIRA, S.R.D.T.de. Epidemiologia da dor. In:___NETO, O.A. et al. **Dor: princípios e práticas**. São Paulo: Artmed, p.57-76, 2009. Disponível em <<http://books.google.com.br/books>>. Acesso em 07 de outubro de 2014.

TWYXCROSS, R. **Cuidados Paliativos**. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN 972-796-093-6.

VALE, E.A.N.do. Ocitocina, Apego [Attachment] e Modulação da Dor. **SIMBIDOR**-Arquivos do 9º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor. Office Editora e Publicidade Ltda: São Paulo: p.201-9, 2009.

VERRI, W.J. et al. Hypernociceptive role of cytokines and chemokines: targets for analgesic drug development? **Pharmacol. Ther.**, v.112, n.1, p.116-38, 2006.

WARE, L.J. et al. Do Ethnic Differences Still exist in Pain Assessment and Treatment in the Emergency Department? **Pain management nursing**, v.13, n.4, p.194-201, 2012.

WEISENBERG, M. **Pain: Clinical and Experiment Perspectives**. Mosby, Saint Louis, p.144-51,1975.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer pain relief with a guide to opioid availability. 2nd. ed. Geneva: **WHO**, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer Pain Relief and Palliative Care: Report of a WHO Expert Committee. 2ª ed. Geneva: **World Health Organization**, 1990. Disponível em <<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf>>. Acesso em 3 de maio de 2014.

YATE et al. The prevalence and perception of pain amongst hospital in-patients. **J Clin Nurs**, nov., v. 6, n.6, p.521-30,1998.

APÊNDICE A- Instrumento de Coleta de Dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-PROCISA
Av. Ene Garcez, 2413, Boa Vista -RR, CEP 69.304-000
Fone: 98104-1012. Email: lilian.mara@hotmail.com

Prontuário: _____
Especialidade: _____ **Leito:** _____
Nome (INICIAIS): _____ **Data de Nascimento:** _____

AI. ATRIBUTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

AI.1 Idade: _____ **AI.2 Sexo:** 1. Feminino () 2. Masculino ()

AI.3 Procedência: 1. Capital () 2. Interior de RR () 3. Outro País () _____ 4. outro Estado () _____

AI.4 Religião _____

AI.5 Situação Conjugal: 1. Solteiro(a) () 2. Viúvo(a) () 3. Casado(a) ou união estável () 4. Divorciado()

AI.6 Filhos?: 1. SIM () 2. NÃO ()

AI.7 Etnia: 1. Indígena () 2. Não Indígena ()

AI.8 Nível de Instrução:

1. Não alfabetizado () 2. Ensino Fundamental Incompleto ()
3. Ensino Fundamental Completo () 4. Ensino Médio Incompleto ()
5. Ensino Médio Completo () 6. Ensino Superior Completo ()

AI.9 Ocupação Profissional : 1. Em atividade () _____ 2. Sem atividade () 3. Aposentado ()

AI.10 Renda familiar : 1. Apenas Benefícios Sociais () 2. < 1 SM () 3. 1 a 3 SM ()
4. 4 a 6SM () 5. >=7 SM ()

AI.11 Faz acompanhamento com equipe da UBS ? 1. Sim () Data da última consulta _____ 2. Não ()

B. CARACTERIZAÇÃO DA DOR E FATORES ASSOCIADOS:

BI.1 Diagnóstico de internação: _____ CID 10. : _____

BI.2 Cormobidades _____

BI.3 Presença de dor no momento? : 1. Sim () 2. Não () Caso a resposta seja, preencher apenas os itens BI.9, BI.10 e BI.13.

BI.4 Se sim, onde? _____

BI.5 Frequência: É contínua 1. Sim () 2. Não ()

BI.6 Qual o tempo de duração dessa dor? _____ (minutos a dias)

BI.7 Intensidade: 1.1-3 LEVE () 2.4-6 MODERADA () 3.FORTE 7 -10 ()

BI.8. Você avisou alguém sobre sua dor? 1. Não () 2.Sim
Qual profissional _____

BI.9 Algum profissional de saúde perguntou se você teve dor hoje? 1. Não ()
2.Sim : 2.A Médico () 2.B Enfermeiro () 2.C Técnico de enfermagem () 2.D Outro () _____

BI.10 Há analgésico na prescrição:1. Sim () 2. Não ()
Analgésicos na prescrição (dose e posologia): _____
Se sim, foi realizada: 2A. () Sim 2.B () Não

BI.11 Quanto tempo depois da queixa foi checado a medicação? 1.Até 10 min (); 2. Entre 10 e 30 min; 3. Entre 30 min e 1h (); 4. Entre 1 a 6h; 5. 6-12h () 5. >12h ou não foi realizada ().

BI.12 Você teve satisfação, com alívio completo da dor com os medicamentos que está fazendo uso no momento? 1.Sim () 2. Não ()

BI.3. Há descrição de dor na evolução da equipe? 1. Não () 2.Sim
2.A Evolução Médica () 2.B Folha de prescrição () 2.C Evolução enfermagem () 2.D Impresso da Equipe de enfermagem do curativo 2.E Outro () _____

BI.14 Você acha que sua dor influencia seu estado emocional? 1. Não () 2.Sim ()

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa intitulada "**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA DOR EM PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA EM RORAIMA**". O objetivo desta pesquisa é analisar a prevalência da dor em pacientes hospitalizados no Hospital Geral de Roraima (HGR), visando descrever possíveis fatores associados e como ocorre a abordagem pela equipe hospitalar.

A escolha deste tema justifica-se para avaliar se pacientes que estão internados apresentam dor, já que o esperado é que não haja nenhuma queixa desta origem. Para tanto, o (a) senhor (a) irá fornecer informações orientadas por um questionário a ser aplicado por mim.

Acrescento ainda que os riscos deste estudo serão os mínimos possíveis, podendo ocorrer eventos como cansaço ou desgaste psicológico. Mas que sua participação é **VOLUNTÁRIA**, sendo que a qualquer momento, se for de seu interesse, o(a) senhor(a) poderá deixar de participar da pesquisa, sem que haja qualquer prejuízo no seu acompanhamento durante a internação no HGR.

Quanto aos benefícios, pretendemos que com os resultados deste estudo possamos propor melhorias na assistência a pessoa com dor, principalmente no âmbito hospitalar, como implantação de protocolos, serviços especializados em dor, cursos e palestras que proliferem o conhecimento sobre o assunto.

Garanto que nenhum dos dados coletados será divulgado sem a expressa autorização do senhor(a) e somente serão divulgados aqueles pertinentes aos resultados da pesquisa e suas conclusões.

Informamos ainda que essa pesquisa-ação será utilizada para o desenvolvimento de uma dissertação de mestrado da aluna Lilian Mara Vieira M. Moraga.

Se o senhor(a) entendeu todos os esclarecimentos aqui prestados e desejar participar dessa pesquisa, solicito que date, escreva seu nome completo, e que assine esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em caso de impossibilidade de assinatura pelo senhor(a) o responsável fornecerá o consentimento.

Qualquer dúvida poderá ser esclarecida pela pesquisadora Lilian Mara V. M. Moraga, através do telefone (95) 98104-1012 ou ainda através do email lilian.mara@hotmail.com.

Caso deseje mais informações, poderá obtê-la com o do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima, através do telefone: (95)3621-3112 ou Fax: (95) 3621-3112. O CEP está localizado na Av. Ene Garcez, 2413, Boa Vista -RR, Campos Paricarana, Bairro Aeroporto, Boa Vista/RR.

Data: __/__/__

Nome: _____ Assinatura : _____

Pesquisadora: Lilian M. V. Moraga Assinatura: _____

Anexo A- ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR

