

MÉTODOS E DESAFIOS ENFRENTADOS PELA ENFERMAGEM QUANTO A AVALIAÇÃO DA DOR (QUINTO SINAL VITAL)

Methods and challenges faced by nurses as pain assessment (Fifth Vital Sign)

Kauê Gonçalves Rebouças GUIMARÃES¹

Joyce Pedrosa de Oliveira Silva ANDRADE²

¹Discente do curso de Enfermagem da Faculdade Pitágoras, Betim, MG-Brasil, email: kaueguimaraes1990@gmail.com

²Enfermeira, Docente da Faculdade Pitágoras, Betim, MG-Brasil, Mestranda em Educação em Diabetes, email: joyceandradepedrosa@gmail.com

RESUMO:

Introdução: A Dor é definida segundo a Sociedade Internacional para o Estudo da Dor como uma experiência sensitiva emocional desagradável associada à lesão tecidual, é caracterizada também como uma manifestação subjetiva que envolve mecanismos físicos, psíquicos e culturais. Por ser considerada um problema de saúde pública que necessita de correta e sistematizada avaliação pelos profissionais de saúde, foi descrita como 5º sinal vital em 2000 pela Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor. **Objetivo:** Apresentar de forma sucinta estratégias para avaliar a dor na prática clínica do enfermeiro, apontando as principais dificuldades enfrentadas pela enfermagem frente à avaliação da dor. **Materiais e métodos:** Constitui uma revisão bibliográfica, realizado através de referências extraídas das bases de dados *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* e Base de Dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), durante o limite temporal de 1996 a 2014. **Discussão:** Percebe-se que embora existam instrumentos, protocolos, manuais, e legislações que orientem e sistematizem os cuidados prestados pelos profissionais da saúde, a avaliação da dor ainda é um desafio, tendo em vista principalmente a falta de conhecimento, habilidade técnica e sobretudo sensibilidade para com o indivíduo a ser cuidado. **Considerações Finais:** É imprescindível uma conscientização da equipe enfermagem sobre a importância de seu comprometimento, associado ao incentivo cada vez maior na busca de conhecimentos teóricos e práticos que possam contribuir para o aperfeiçoamento da assistência e sucesso na administração da dor.

Palavras-chave: dor, avaliação da dor, manejo da dor, cuidados de enfermagem.

ABSTRACT:

Introduction: Pain is defined according to the International Society for the Study of Pain as an unpleasant sensory emotional experience associated with tissue damage, and can also be characterized as a subjective manifestation, involving physical, psychological and cultural mechanisms. To be considered a public health problem that needs a proper and systematic evaluation by health professionals, has been described as the 5th vital sign in 2000 by the US Agency for Research and Quality in Public Health and the American Pain Society. **Objective:** To briefly present strategies to assess pain in clinical nursing practice, pointing out the main difficulties faced by nursing pain assessment opposite. **Materials and methods:** It is a literature review, conducted through referrals drawn from Scielo and Lilacs, during the time limit from 1996 to 2014. **Discussion:** It can be seen that

although there instruments, protocols, manuals, and legislation to guide and systematize the care provided by health professionals, pain assessment is still a challenge, especially considering the lack of knowledge, technical skill and above sensitivity to the individual to be careful. **Concluding Remarks:** It is essential to an awareness of nursing staff about the importance of their commitment, coupled with incentives increasing in search of theoretical and practical knowledge that can contribute to the improvement of care and success in pain management.

Keywords: pain, pain assessment, pain management, nursing care.

1. INTRODUÇÃO

A Dor é definida segundo a Sociedade Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como uma experiência sensitiva emocional desagradável associada à lesão tecidual ou descrita em tais termos, podendo ser caracterizada também como uma manifestação subjetiva, envolvendo mecanismos físicos, psíquicos e culturais (1,2,3).

Atualmente a dor é considerada um problema de saúde pública que acomete em média 15 a 40% dos brasileiros em geral (4). Dados da Previdência Social revelam que a dor é a causa de quase 160 mil licenças por ano, dependendo da região do país (4). Segundo Nascimento e Kreling, 2011; Bottega e Fontana, 2010, constitui ainda, um dos principais motivos de internação hospitalar e sofrimento humano, ao passo que fomenta em repercussões físicas, psicossociais que comprometem a qualidade de vida.

Alguns autores como Bottega e Fontana (2010) baseando-se em estudos

epidemiológicos nacionais e internacionais, relatam que aproximadamente 80% das pessoas procuram os serviços de saúde são motivadas por tal sintoma (6), e segundo nota em Parecer Técnico do Coren-SP 024/2013-CT, seu alto índice de prevalência está vinculado a algum processo patológico ou procedimento terapêutico que repercute no mesmo (7).

Com base na importância científica, necessidade da valorização do sintoma dor e conscientização dos profissionais de saúde quanto aos benefícios da correta avaliação e intervenção sobre dor, o médico norte americano James Campell em 1996 (à época presidente da Sociedade Americana de Dor), referiu-se a dor como 5º sinal vital, mais tarde (no ano de 2000) sendo padronizada como um dos itens a ser avaliado na acreditação hospitalar, reconhecendo assim “o direito do paciente em ter sua queixa dolorosa avaliada, registrada e controlada (8,32).

Atendendo a norma supracitada, a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor, desde 2000, descreveram e implementaram a dor como quinto sinal vital, precedendo os demais dados clínicos, que são: temperatura axilar, frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial. Esta classificação surgiu com objetivo de melhorar a qualidade da assistência, agregado a necessidade de se tomar conhecimento dos cuidados prestados ao paciente, bem com sua razão e resultados (2,9,32).

A enfermagem é considerada uma das principais e primeira classe de profissionais atuantes no manejo da dor, logo que dispõe de mais tempo com o paciente em relação as demais, e por terem o importante papel de promover os cuidados primários de avaliação, que são anamnese e exame físico, e posteriormente o alívio da dor por meio da administração de medicamentos prescritos e medidas interventivas (10).

Embora existam instrumentos, protocolos, manuais, e legislações que orientem e sistematizem os cuidados prestados pela enfermagem, a avaliação da dor ainda é um desafio, tendo em vista que a mesma não é passível de quantificação exata (7), e a inúmeras interferências, tais como: o quadro clínico do paciente; o

estágio da doença; a incapacidade do doente em se comunicar; o manejo e terapêutica da dor; a questão cultural; o despreparo e falta de conhecimento dos profissionais da área da saúde e a implementação de intervenções ineficazes, p.ex. a prescrição de cuidados paliativos, medidas de conforto. (5,10).

Com base nessa realidade, este estudo dispõe como objetivos gerais apresentar de forma sucinta estratégias para avaliar a dor na prática clínica do enfermeiro, e ressaltar as principais dificuldades enfrentadas pela enfermagem frente à avaliação da dor (quinto sinal vital).

2. METODOLOGIA

Este estudo constitui uma revisão bibliográfica. Os artigos, periódicos e outras referências foram extraídos das bases de dados *Scientific Eletronic Library Online (Scielo)* e Base de Dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Os critérios de inclusão foram: artigos em língua portuguesa, estudos de caso e revisões sistemáticas em periódicos sobre dor, avaliação da dor, desafios enfrentados pela enfermagem no manejo da dor. Considerou-se ainda, literaturas, pesquisas

e outras referências sobre a temática proposta (Dor: quinto sinal vital).

Os critérios de exclusão foram: língua estrangeira e carência na descrição metodológica. A partir dos critérios de elegibilidade foram utilizados 28 artigos, durante o limite temporal de 1996 a 2014, por meio dos descritores: “dor”, “avaliação da dor”, “manejo da dor”, “cuidados de enfermagem”.

3. RESULTADOS/DISCUSSÃO

3.1. Estratégias para avaliação da dor na prática clínica do enfermeiro.

Atualmente, existem vários métodos para mensuração e avaliação da dor, definidos de acordo com sua severidade, intensidade e fatores afetivo-emocionais, sendo que, a descrição e avaliação pelo próprio paciente constituem o mais relevante, embora muitas vezes subestimado pelos profissionais de saúde (1,9,10).

A legislação que trata do exercício de enfermagem define que é privativo do enfermeiro o uso das escalas multidimensionais de avaliação da dor, enquanto que as unidimensionais incluem também técnicos e auxiliares em enfermagem (7).

Segundo Rigotti e Ferreira (2005), Fontes e Jaques (2007), Bottega e Fontana (2010), a correta avaliação e registro sistematizados da experiência dolorosa contribui positiva e efetivamente para o manejo da dor, ao passo que, possibilita determinar as principais causas que possam “exacerbar, manter ou justificar a dor, o sofrimento e a incapacidade, apurando seus impactos para o indivíduo e a eficácia das terapêuticas propostas”; bem como minimizar o sofrimento, tornando o atendimento mais humanizado e atento às necessidades do paciente (5).

Os instrumentos de avaliação da dor foram desenvolvidos e empregados com intuito de documentar a necessidade de intervenção; avaliar a eficácia da prescrição; identificar a necessidade intervenções alternativas ou adicionais, quando a prescrição inicial é ineficaz no alívio da dor (10). São classificados como unidimensionais quando implementados para quantificar a intensidade ou severidade da dor, de forma rápida e não invasiva, p.ex. Escala Verbal Descritiva, a Escala Visual Analógica (EVA), Escala Visual Numérica (EVN), a Escala das Faces; e multidimensionais quando empregados para avaliar as diferentes dimensões sensoriais, afetivas e avaliativas da dor, por meio de indicadores fisiológicos, comportamentais e auto-

registro do paciente, p.ex. O questionário de McGill de avaliação da dor (9,12).

3.1.1. Escala Verbal Descritiva

Nesta escala, seleciona-se três ou cinco palavras ordenadas numericamente,

descritas como nenhum, pouco, moderado ou grave. O número correspondente a palavra escolhida é usado para determinar a intensidade da dor. É uma escala de avaliação verbal, de fácil execução e análise, podendo ser aplicado para qualquer tipo de dor clínica (12).

Figura 1: Escala de Intensidade de Dor Descritiva Simples



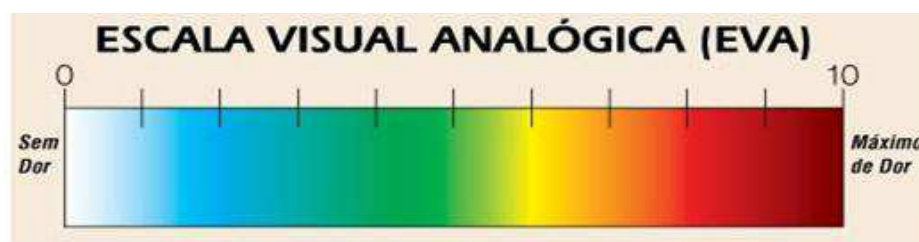
Fonte: odontoup.com.br

3.1.2. Escala Visual Analógica

Este método é útil na avaliação da intensidade da dor, normalmente consistem em uma linha de aproximadamente 10 cm, com âncoras nas extremidades indicando os extremos da dor. A âncora esquerda representa “sem dor” enquanto a direita

representa “dor intensa”. Neste caso solicita-se ao paciente que faça uma marca na linha indicando onde sua dor se localiza, a partir daí, com auxílio de uma régua determina-se por meio de centímetros o limiar de dor apontado pelo paciente (10).

Figura 2: Escala Visual Analógica (EVA)



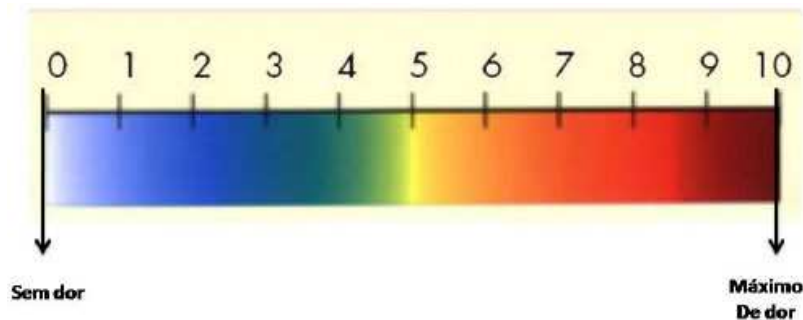
Fonte: br.monografias.com/trabalhos3/enfermagemcuidadospacientecomdor.shtml

3.1.3. Escala Visual Numérica

Consiste em graduar a dor em intervalos de 0 a 5 ou 0 a 10, de acordo

com relato do paciente, onde 0 significa ausência de dor e 5 ou 10 uma dor muito intensa (12). Indicada para avaliar a intensidade da dor (10).

Figura 3: Escala Visual Numérica 0-10



Fonte: revista.hupe.uerj.br

3.1.4. Escala das Faces

Esse instrumento possui seis faces demonstrando expressões que variam desde o contentamento até o sofrimento evidente (10). A primeira figura é muito sorridente, e as expressões vão se

transformando até chegar à última que é muito triste. As figuras intermediárias mostram graus crescentes de tristeza (12). Nesse caso o paciente é solicitado a apontar a face que mais se assemelha à intensidade de sua dor (10).

Figura 4: Escala das Faces



Fonte: www.intorax.com.br

3.1.5. Adaptação do Questionário de dor de McGill (McGill Pain Questionnaire – MPQ)

O Questionário de McGill adaptado é um instrumento multidimensional utilizado para avaliar não somente a intensidade, mais também outros aspectos e dimensões da dor, por meio de descritores verbais (palavras) definidos pelo próprio paciente a fim de expressar o que está sentindo (14,15).

Resumindo, o MPQ “é constituído por 4 grupos (sensitivo discriminativo; afetivo motivacional; cognitivo avaliativo e miscelânea), 20 subgrupos e 78 descritores, onde, cada subgrupo é composto por 2 a 6 descritores qualitativamente similares, mas com nuances que os tornam diferentes em termos de magnitude. Assim, para cada descritor corresponde a um número que indica sua intensidade (15). O MPQ conta ainda com um diagrama corporal para

melhor localização e avaliação da dor quanto a sua periodicidade e duração (14).

Segundo Santos, et.al. (2006), na primeira etapa do questionário é abordado um esboço do corpo humano, com intuito de localizar espacial e profundamente a dor expressa pelo paciente. Na segunda etapa, visa pesquisar informações sobre as propriedades temporais da dor (contínua, ritmada, momentânea), as circunstâncias em que os sintomas dolorosos começaram a se manifestar e ser percebidos, e as intervenções analgésicas que foram ou estão sendo implementadas para minimizar o quadro de dor. A terceira é considerada uma das mais importantes, é constituída por um conjunto de 68 palavras que descrevem as diversas qualidades das experiências dolorosas em geral, e conta com a participação ativa do paciente, logo que, o mesmo quem definirá as palavras que melhor definem o que está sentindo. A quarta e última consiste em uma escala numérica que avalia a intensidade da dor.

Quadro 1: Proposta de Adaptação do Questionário de dor de MCGILL para língua portuguesa.

Proposta de Adaptação do Questionário de dor de MCGILL para língua portuguesa. São Paulo, 1995				
ALGUMAS PALAVRAS QUE EU VOU LER DESCREVEM A SUA DOR ATUAL. DIGA-ME QUAIS PALAVRAS MELHOR DESCREVEM A SUA DOR. NÃO ESCOLHA PALAVRAS QUE NÃO SE APLICAM. ESCOLHA SOMENTE UMA PALAVRA DE CADA GRUPO. A MAIS ADEQUADA PARA DESCRIÇÃO DE SUA DOR				
1. 1.vibração 2.tremor	5. 1.beliscão 2.aperto	9. 1.mal localizada 2.dolorida	13. 1.amedrotadora 2.apavorante	17. 1.espalha 2.irradia

3.pulsante 4.latejante 5.como batida 6.como pancada 2. 1.pontada 2.choque 3.tiro 3. 1.agulhada 2.perfurante 3.facada 4.punhalada 5.em lança 4. 1.fina 2.cortante 3.estraçalhada	3.mordida 4.cólica 5.esmagento 6. 1.fisgada 2.puxão 3.em torção 7. 1.calor 2.queimação 3.fervente 4.em brasa 8. 1.formigamento 2.coceira 3.ardor 4.ferroada	3.machucada 4.doída 5.pesada 10. 1.sensível 2.esticada 3.esfolante 4.rachando 11. 1.cansativa 2.exaustiva 12. 1.enjoada 2.sufocante	3.aterrorizante 14. 1.castigante 2.atormenta 3.cruel 4.maldita 5.mortal 15. 1.miserável 2.enloquecedora 16. 1.chata 2.que incomoda 3.desgastante 4.forte 5.insuportável	3.penetra 4.atravesa 18. 1.aperta 2.adormece 3.repuxa 4.espreme 5.rasga 19. 1.fria 2.gelada 3.congelante 20. 1.aborrecida 2.dá náusea 3.agonizante 4.pavorosa 5.torturante
NÚMERO DE DESCRITORES		ÍNDICE DE DOR		
Sensorial..... Afetivo..... Avaliativo..... Miscelânea..... TOTAL.....		Sensorial..... Afetivo..... Avaliativo..... Miscelânea..... TOTAL.....		

Figura 5: Proposta de Adaptação do Questionário de dor de MCGILL para língua portuguesa. São Paulo, 1995
Fonte: Pimenta e Teixeira, p.473-83, Dez. 1996.

3.2. Principais desafios enfrentados pela enfermagem frente a avaliação da dor (quinto sinal vital)

A dor é um sintoma de difícil avaliação, por ser considerada uma experiência subjetiva facilmente influenciável por diversos fatores, tais como: fatores ambientais, emocionais, comportamentais e sociais (16). Segundo Ribeiro, et.al. 2011, seu manejo inadequado repercute não somente em alterações orgânicas, mas também em

prejuízos psíquicos, sociais e econômicos para o paciente.

Com base nestas considerações desenvolveram-se instrumentos de avaliação para quantificar e qualificar a sensação dolorosa (17). A enfermagem conta dentre outros, com materiais teóricos/didáticos como Diagnósticos de Enfermagem da NANDA; Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), e Processo de Enfermagem (PE) a fim de nortear sua assistência, favorecer e validar sua avaliação (18). No entanto, apesar

destes meios, percebe-se grande dificuldade dos profissionais quanto a implementação dos métodos propostos, tendo em vista uma série de limitações citadas a seguir (12).

Estudos realizados por Rigotti e Ferreira (2005) “sobre o conhecimento e atitude de 120 enfermeiros no manejo da dor, verificou-se que em média, 62% desses profissionais possuíam conhecimento insuficiente sobre a dor e analgesia”. Tal estatística pode estar associada à graduação em enfermagem deficiente, Barros e Pereira, et.al. (2011) “acreditam que as instituições formadoras do curso/profissão de enfermagem não parecem estar preparando os seus futuros enfermeiros para lidar com a dor na área clínica”.

Diante disto, Ducci e Pimenta (2003) aduz que a falta de conhecimento dos profissionais de saúde se repercute na qualidade da assistência por meio de orientações inadequadas quanto regimes terapêuticos, limitação dos cuidados paliativos, subestimação do relato dos pacientes, mitos e concepções erradas de doentes e familiares principalmente em relação aos analgésicos morfínicos, devido a cultura que estão inseridos e aos recorrentes efeitos colaterais, a saber: depressão respiratória, tolerância a droga e dependência decorrente da medicação.

No que se reporta a terapia farmacológica, segundo Kulkamp, et.al. (2008), a burocracia em torno da prescrição, dispensação e aquisição dos medicamentos opióides implicam no controle inadequado da dor, tendo em vista que, existe uma certa relutância quanto ao uso dos mesmos. Smeltzer, et.al. (2009) justifica tal resistência aos diversos efeitos colaterais que tal medicação pode causar ao paciente, dentre os principais: intoxicação medicamentosa; depressão respiratória; convulsões; náuseas e vômitos; constipação; todos bastante comuns em idosos, devido à metabolização, função hepática e gastrointestinais normalmente comprometidas.

Outros aspectos que corroboram para o incorreto manejo da dor, são o dimensionamento insuficiente de funcionários; a alta demanda de pacientes e as variáveis das próprias instituições de saúde, a saber: falta de recursos materiais disponíveis, infraestrutura, gestão, e excedente carga horária de trabalho (17, 30).

O dimensionamento de recursos humanos, conforme consta na Resolução – Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 293/2004 é de responsabilidade da enfermagem, e envolve a disposição de pessoal sob as perspectivas qualitativas e

quantitativas, na busca de um melhor atendimento às necessidades dos pacientes, por meio de parâmetros ou normas técnicas que visam orientar os gestores ou gerentes das instituições de saúde no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas. Porém percebe-se que fatores como a sobrepujante carga horário de trabalho, o substancial tempo para prestação da assistência, a complexidade de determinados cuidados e questões organizacionais comprometem direta e indiretamente a qualidade da assistência e segurança necessária ao paciente. (30,38)

Em 2008, por intermédio de uma pesquisa realizada em Londrina com profissionais de enfermagem quanto às principais dificuldades para a avaliação da dor (quinto sinal vital) constatou-se que a dificuldade de compreensão da escala de intensidade da dor pelo paciente, e a falta de tempo são os principais empasses para correta avaliação (1).

Ainda em relação às questões administrativas, podemos citar a falta de medicação relacionada às questões financeiras e impedimentos associados ao preenchimento de receituários médicos como empecilhos a indispensável seqüência do tratamento. O primeiro pode ser justificado por um gerenciamento ineficaz evidenciado por erros de provisão

pelos administradores, e questões político-econômicas que propõem uma redução de custos e concomitantemente o aumento de produtividade. O segundo, está relacionado a impossibilidade de dispensação dos medicamentos pela farmácia em virtude da ausência do receituário e erros de preenchimento (22, 30, 31).

Os autores Rigotti e Ferreira (2005) remetem ainda, a dificuldade em adaptar cada instrumento de avaliação à capacidade cognitiva e psicomotora de cada paciente. A aptidão do paciente em verbalizar, a idade, as restrições físicas por vezes ocasionadas pelo uso de traqueostomias, intubações, cateteres, sondas e medicações prejudicam a avaliação da dor, e o devido controle dos sintomas (13,23).

No que se refere à subjetividade, esta é apontada como um dos maiores obstáculos, logo que decifrar o limiar de dor através do relato do paciente ser bastante complicado para os profissionais de saúde (24). Isto porque a dor não é algo tangível, e o fato de se estar internado, estressado, ansioso, inseguro, longe da família e carente, interferir na veracidade e intensidade das informações repassadas pelo mesmo, prejudicando assim a aplicabilidade das escalas, a identificação dor e a rapidez quase sempre necessária ao tratamento. Embora subestimado, o relato

do paciente ainda é medida mais precisa do seu limiar de dor. (2,13).

A ansiedade constitui um dos sintomas frequentemente associados à dor e sua intensidade, o que exige da enfermagem um olhar holístico em relação ao aspecto psicológico e fatores geradores de stress, tais como: procedimentos terapêuticos, equipamentos, incisão cirúrgica, barulho, entre outros, ao passo que estes podem exacerbar o quadro sintomático da dor (23). As intervenções psicológicas constituem um complemento aos procedimentos médicos e cirúrgicos, logo que tende a diminuir a sensação de desespero do doente, e possibilita o diagnóstico e tratamento simultâneos dos fatores somáticos e psicológicos (25).

Quanto às características pessoais que influenciam a avaliação da dor, pode-se citar ainda o aspecto cultural, logo que este “exerce um papel importante nas ações dos profissionais de saúde, repercutindo diretamente no manejo da dor, isto porque a cultura dita as crenças, atos, percepções, emoções e também tem um poderoso efeito na tolerância ou não da dor” (1). Segundo Budó e Nicolini, et.al. (2007), cada grupo social ou cultura apresenta uma “linguagem de sofrimento única e própria” frente ao sofrimento, o que exige dos profissionais que atuam nesta área uma percepção e sensibilidade

mais ampla frente a multiplicidade de perspectivas da dor.

Segundo Vila e Mussi (2001) atualmente há indícios de certos “grupos étnicos que associam a dor a punição divina, e grupos religiosos que consideram e aceitam a sua própria dor e sofrimento como significado de purificação e crescimentos espiritual”.

A falta de comunicação entre os profissionais de saúde, no que tange ao registro da dor em prontuário, pressuposto da SAE, constitui um importante indicador de qualidade da assistência, e quando realizado incorretamente também contribui para o manejo ineficaz da dor (39). Segundo Fontes e Jaques (2007), “registrar a dor é fundamental, pois tais informações permitem que os dados sejam compartilhados entre os diversos plantões e equipe multidisciplinar, e caso relevante a realização de ajustes necessários ao tratamento”.

As políticas públicas nacionais de saúde também constituem um óbice para o controle da dor, tendo em vista que a falta de prioridade do governo e oposição a implementação a dor no plano nacional de saúde prejudicarem o seu tratamento eficaz (25). Acredito que tal afirmativa se justifica pela falta de conhecimento dos representantes em relação ao tema e ao impacto positivo decorrente do correto

manejo da dor à saúde pública. Outro problema das atuais políticas, é limitar o período de hospitalização a fim de reduzir os custos, o que acarreta no gerenciamento por vezes inadequado da dor em domicílio por paciente e familiares, dado a complexidade de alguns regimes medicamentosos (20).

Dados da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor revelam que o Brasil não dispõe de estudos epidemiológicos sobre dor que englobe todas as regiões do país, e que devido às restrições financeiras o Sistema Único de Saúde (SUS) não contempla claramente esta questão, inclusive nas doenças citadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em que a dor é a dimensão agravante, quais sejam: AIDS, doenças cardíacas, tuberculose, acidentes de trânsito, doença cerebrovascular, violência, doenças hepáticas, infecções respiratórias e câncer (36).

Segundo Vila e Mussi (2001), o manejo da dor é de responsabilidade multidisciplinar e de atuação interdisciplinar (37), embora a enfermagem detenha grande responsabilidade na implementação dos cuidados e monitorização da resposta do paciente. A inadequação no tratamento da dor é resultado de déficits próprios da equipe que compõem o serviço de saúde (29). No

que alude a enfermagem, esta erra por vezes em não se posicionar frente a equipe, por negligência, por não buscar contínua e incessantemente conhecimento teórico e prático, em não aplicar com excelência os métodos disponíveis e essenciais a assistência, em depender de diagnóstico e solução do problema pelos médicos, e claro pela influência isolada ou conjunta dos diversos fatores supracitados (29).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseado nas evidências descritas, conclui-se que a avaliação da dor requer um olhar mais holístico da equipe multidisciplinar em virtude dos impactos negativos à saúde e qualidade de vida do indivíduo. Seu controle é portanto, um dever dos profissionais de saúde e um direito humano básico. Assim, ao se falar de cuidados, percebe-se que a enfermagem desempenha um importante papel frente ao monitoramento da dor (quinto sinal vital), sendo capaz de influenciar e comprometer todo o trabalho da equipe, tendo em vista que apresenta maior proximidade com o paciente, e por meio dos métodos adequados identificam, aliviam e notificam a dor, possibilitando até mesmo a utilização de algumas medidas não farmacológicas.

Mediante o exposto, constata-se que a dor é um sinal vital tão importante quanto os demais e que seu gerenciamento atualmente é considerado um problema nos serviços de saúde, principalmente no que tange às limitações quanto a aplicabilidade dos métodos de avaliação, ou seja, a falta de conhecimento, habilidade técnica e sobretudo sensibilidade para com o indivíduo a ser cuidado. Diante disso, torna-se imprescindível uma conscientização da equipe multidisciplinar sobre a importância de seu comprometimento, associado ao incentivo cada vez maior na busca de conhecimentos teóricos e práticos que possam contribuir para o aperfeiçoamento da assistência e sucesso na administração da dor.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nascimento LA do, Kreling MCGD. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm, Londrina (PR) 2011; 24(1):50-4.
2. Pedroso RA, Celich KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Abr-Jun; 15(2):270-6.
3. Merskey H, Bogduk N, editors. Classification of chronic pain. Seattle: International Association for the Study of Pain; 1994 [cited 2006 Abr 27]. Available from: <http://www.iasp-pain.org/terms-p.html>.
4. Gandra, A; Agência Brasil/ Empresa Brasil de Comunicação (EBC). Dor crônica afeta 15% a 40% dos brasileiros, dependendo da região do país. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-01-13/dor-cronica-afeta-entre-15-e-40-dos-brasileiros-dependendo-da-regiao-do-pais>>.
5. Bottega FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010 Abr-Jun; 19(2):283-90.
6. Rocha APC, Kraychete DC, et.al. Dor: aspectos atuais da sensibilização periférica e central. Rev Bras de Anest, Rio de Janeiro, 2007 jan-fev; 94-105.
7. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parecer Coren-SP 024/2013 – CT. Disponível em: portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2013_24.pdf>.
8. Viana DL, Dupas G, Pedreira MLG. A avaliação da dor da criança pelas enfermeiras na Unidade de Terapia

- Intensiva. *Pediatria São Paulo*, 2006; 251-261.
9. Sousa, FAEF. Dor: o quinto sinal vital. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2002 Maio-Jun; 10(3):446-7.
10. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009, 213-248 p.
11. Sallum AMC, Garcia DM, Sanches M. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25 (Número Especial 1): 150-4.
12. Rigotti MA, Ferreira AM. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arq Cienc Saúde*, 2005 jan-mar; 12(1):50-4.
13. Fontes KB, Jaques AE. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. *Cienc Cuid Saúde*, 2007; 6(Suplem.2): 481-487.
14. Martinez JE, et.al. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência. *Rev Bras Reumatol* 2011; 51(4): 299-308.
15. Pimenta CA de M, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para língua portuguesa. *Rev Esc Enf USP*1996; 473-83.
16. Santos CC, Pereira LSM, Resende MA de, Magno F, Aguiar V. Aplicação da versão brasileira do questionário de dor McGill em idosos com dor crônica. *Acta Fisiatr* 2006; 13(2): 75-82.
17. Ribeiro CA, Barreto SCC, et.al. O enfermeiro no cuidado à vítima de trauma com dor: o quinto sinal vital. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(1):146-52.
18. Garcia TR, Nóbrega MML de. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009 mar; 13(1):188-193.
19. Barros SRA de F, Pereira S de SL, et.al. A formação dos acadêmicos de enfermagem quanto à percepção da dor em duas instituições de ensino superior. *Rev Dor São Paulo*, 2011 abr-jun; 12(2): 131-7.
20. Ducci AJ, Pimenta CA de M. Programas educativos de oncologia. *Rev Bras de Cancerolog*, 2003; 49(3): 185-192.
21. Kulkamp IC, et.al. Percepção de profissionais da saúde sobre aspectos relacionados à dor e utilização de opióides: um estudo qualitativo. *Cienc & Saud Colet* 2008; 13(Sup): 721-731.

22. Nascimento LA, Santo MR dos, et.al. Manejo da dor e dificuldade relatadas pela equipe de enfermagem na administração de opiáceos. Rev Eletr Enf, 2011 out-dez; 13(4): 714-20.
23. Vila VSC, Mussi FC. O alívio da dor de pacientes no pós-operatório na perspectiva de enfermeiros de um centro de terapia intensiva. Rev Esc Enferm USP 2001; 35(3): 300-7.
24. Waterkemoer R, Reibnitz KS. Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. Rev Gaúcha Enferm, 2010 mar; 31(1): 84-91.
25. Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), et.al. Guia de tratamento da dor em contexto de poucos recursos (Revisão). USA: IASP Press; 2010, 01-387 p. Disponível em: <www.iasp-pain.org/files/.../GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf>.
26. Budó M de LD, Nicolini D, et.al. A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. Rev Esc Enferm. USP 2007; 41(1): 36-43.
27. Davis MP, Walsh D. Cancer Pain: how to measure the fifth vital sign. Cleve Clin J Med. 2004;71(8):625-32.
28. Souza SRde, Rosa A, Jacomel R. Dor 5º sinal vital: e o comprometimento multiprofissional. Disponível em: www.corenpr.org.br/artigos/dor-oquinto.pdf.
29. Eler GJ; Jaques AE. O enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor. Arq Cienc Saúde Unipar, Umuarama. 2006; 185-90.
30. Vituri DW; Lima SM, et.al. Dimensionamento de enfermagem hospitalar: modelo OPAS/OMS. Texto Contexto Enferm. 2011; 20(3):547-56.
31. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Nota Técnica sobre a RCD Nº 20/2011. 2013; 01-07. Disponível em: www.anvisa.gov.br.
32. Silva BAda; Ribeiro FA. Participação da equipe na assistência à dor do paciente queimado. Rev Dor. 2011 out-dez; 12(4):342-8.
33. Tannure MC; Gonçalves AMP. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem (Guia Prático). 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
34. Garcez, RM; et.al. Diagnósticos de Enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Porto Alegre: Artmed Editora S.A; 2007-2008, 01-396 p.
35. Franco MTG; Akemi EM; D’Inocento M. Avaliação dos registros de enfermeiro em prontuários de pacientes internados em

unidade de clínica médica. Acta Paul
Enferm. 2012;25(2):163-70.

36. Siqueira, JTTde. Sociedade Brasileira
para Estudo da dor (SBED): Porque a dor é
uma questão de saúde pública. Disponível
em: www.dor.org.br/publico/dor-no-brasil.

37. Matos E; Pires Dede; Ramos FRdeS.
Revista Mineira de Enfermagem(REME):

Expressões da subjetividade no trabalho de
equipes interdisciplinares de saúde. 2010.

Disponível em: <DOI:
[http://www.dx.doi.org/S1415-
27622010000100009](http://www.dx.doi.org/S1415-27622010000100009)>.

38. Conselho Federal de Enfermagem
(COFEN). Resolução COFEN 293/2004.
Disponível em: [www.cofen.gov.br/resolucao-
cofen-2932004-4329.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2932004-4329.html).