

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO
ITAJAÍ - UNIDAVI**

JORGE DEIVSON GUEDES CAMARGO

**CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO DA DOR
COMO QUINTO SINAL VITAL**

RIO DO SUL

2022

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO
ITAJAÍ - UNIDAVI**

JORGE DEIVSON GUEDES CAMARGO

**CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO DA DOR
COMO QUINTO SINAL VITAL**

Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado ao curso de Enfermagem, da Área de Ciências Biológicas, Médicas e da Saúde do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a M^a. Amanda de Oliveira Schaffer.

RIO DO SUL

2022

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE
DO ITAJAÍ - UNIDAVI**

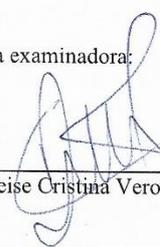
JORGE DEIVSON GUEDES CAMARGO

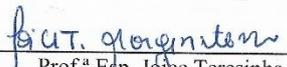
**CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO DA
DOR COMO QUINTO SINAL VITAL**

Trabalho de Conclusão de Curso da Área de
Ciências Biológicas, Médicas e da Saúde do
Centro Universitário para o Desenvolvimento do
Alto Vale do Itajaí, a ser apreciado pela Banca
Examinadora, formada por:


Prof.^a M^a. Amanda de Oliveira Schaffer

Banca examinadora:


Prof.^a M^a Deise Cristina Veron


Prof.^a Esp. Joice Teresinha Morgenstern

Rio do Sul, dezembro de 2022.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer aos meus pais Odete da Silva Guedes Camargo e Derly Jorge Munhões de Camargo, por me apoiarem e incentivarem nos momentos difíceis desta trajetória.

Aos meus irmãos que frequentemente me aconselharam e acompanharam de perto e de longe minha jornada.

Às minhas amigas de longa data, Rafaela Soares e Eduarda Strey, por acompanhar e me incentivar em todos os momentos antes e durante a graduação.

A todos os colegas de turma, os quais durante este período vivenciaram junto a mim todas as alegrias, incertezas e esgotamento da graduação, desenvolvendo e melhorando nossas relações e qualificações profissionais. Deixo aqui registrado, o meu orgulho e admiração em relação ao esforço e dedicação de cada um.

À minha orientadora, Prof.^a M^a. Amanda de Oliveira Schaffer, por aceitar a orientação e me conduzir de maneira amigável e compreensível em toda a construção deste presente trabalho.

Aos profissionais de enfermagem que aceitaram participar deste estudo, o meu muito obrigado.

RESUMO

A dor é uma experiência desagradável e subjetiva, relacionada a danos reais ou potenciais ao organismo, influenciada pelos aspectos físicos, emocionais e culturais dos indivíduos. O fenômeno doloroso é inerente a diversos procedimentos realizados na assistência à saúde, sendo de fundamental importância seu registro, avaliação e manejo adequado. Considerada o quinto sinal vital, a queixa de dor deve ser ouvida e valorizada pelos profissionais na prática assistencial, favorecendo o bem-estar das pessoas. Este estudo é exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. O objetivo geral foi identificar o conhecimento da equipe de enfermagem acerca da avaliação da dor como o quinto sinal vital, tendo como objetivos específicos descrever o significado de dor na concepção da equipe de enfermagem, compreender como a equipe de enfermagem avalia a dor dos pacientes e analisar o conceito de dor aguda e crônica na visão da equipe de enfermagem. Participaram da análise de dados 18 profissionais de enfermagem, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, dos turnos matutino, vespertino e noturno do setor de Clínica Médica de um hospital de grande porte. Os dados foram avaliados através da análise de conteúdo de Bardin e correlacionados à Teoria do Processo Deliberativo, a fim de avaliar o desfecho e sua influência no contexto da Enfermagem. Diante da análise e discussão dos resultados, observou-se que os profissionais reconhecem a definição de dor e classificação das dores crônicas e agudas, entretanto, para avaliação e mensuração das queixas algicas, conheciam apenas a Escala de Faces e a Escala Numérica de Avaliação da Dor. Todavia, este último instrumento não é recomendado para pacientes com deficiência auditiva, bem como se possuem déficits cognitivos. Isto tornou a avaliação da dor insipiente, não mensurada adequadamente durante a prestação de assistência à saúde. É importante ressaltar que existem variados instrumentos para avaliação da dor e validados na literatura vigente. Além de reconhecerem apenas dois instrumentos mensurativos da dor, também informaram não saberem exatamente o uso correto das referidas escalas. Foi relatado que alguns profissionais raramente avaliavam e mensuravam a dor dos pacientes, mas ouviam seus relatos verbais de algia. Evidenciou-se que a dor não foi sempre registrada nos prontuários, especialmente como sinal vital. Portanto, este estudo possibilitou orientar o aprendizado dos profissionais de enfermagem para o reconhecimento da dor como o quinto sinal vital, além de avaliá-la e contribuir para o tratamento adequado às queixas algicas dos pacientes.

Palavras-chave: Conhecimento, Dor, Equipe de Enfermagem.

ABSTRACT

Pain is an unpleasant and subjective experience, related to actual or potential damage to the body, influenced by the physical, emotional and cultural aspects of individuals. The painful phenomenon is inherent to several procedures performed in health care, and its registration, evaluation and proper management are of fundamental importance. Considered the fifth vital sign, pain complaints must be heard and valued by professionals in care practice, favoring people's well-being. This study is exploratory and descriptive, with a qualitative approach. The general objective was to identify the nursing team's knowledge about pain assessment as the fifth vital sign, with the specific objectives of describing the meaning of pain in the nursing team's conception, understanding how the nursing team evaluates patients' pain and to analyze the concept of acute and chronic pain in the view of the nursing team. Eighteen nursing professionals participated in the data analysis, including nurses, technicians and nursing assistants, from the morning, afternoon and night shifts of the Internal Medicine sector of a large hospital. Data were evaluated through Bardin's content analysis and correlated with the Deliberative Process Theory, in order to assess the outcome and its influence in the context of Nursing. In view of the analysis and discussion of the results, it was observed that professionals recognize the definition of pain and classification of chronic and acute pain, however, for the evaluation and measurement of pain complaints, they only knew the Faces Scale and the Numerical Assessment Scale of Pain. However, this last instrument is not recommended for patients with hearing loss, as well as if they have cognitive deficits. This has made pain assessment incipient, not adequately measured during health care delivery. It is important to emphasize that there are several instruments for pain assessment and validated in the current literature. In addition to recognizing only two pain measurement instruments, they also reported not knowing exactly the correct use of these scales. It was reported that some professionals rarely assessed and measured patients' pain, but listened to their verbal reports of pain. It was evidenced that pain was not always recorded in medical records, especially as a vital sign. Therefore, this study made it possible to guide the learning of nursing professionals towards the recognition of pain as the fifth vital sign, in addition to evaluating it and contributing to the adequate treatment of patients' pain complaints.

Keywords: Knowledge, Pain, Nursing Team.

LISTA DE ABREVIATURAS

CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EDV	Escala de Descrição Verbal
EDVT	Escala de Dor Visual e Tátil
ENA	Escala Numérica de Avaliação
EVA	Escala Visual Analógica
IASP	Conselho de Associação Internacional para Estudos da Dor
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAINAD	Pain Assesment In Advanced Dementia
PE	Processo de Enfermagem
SBED	Sociedade Brasileira Para Estudo da Dor
SNC	Sistema Nervoso Central
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UNIDAVI	Centro Universitário Para O Desenvolvimento Do Alto Vale do Itajaí

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E DEFINIÇÃO DA DOR.....	11
2.2 FISIOLOGIA DA DOR.....	13
2.3 MENSURAÇÃO E MANEJO DA DOR	16
2.4 VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO A DOR	18
2.5 TEORIA DA RESPOSTA PROFISSIONAL DISCIPLINADA DE IDA JEAN ORLANDO	22
3. METODOLOGIA.....	24
3.1 MODALIDADE DA PESQUISA	24
3.2 LOCAL DE ESTUDO.....	24
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	25
3.4 ENTRADA NO CAMPO	25
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	26
3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	27
3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	27
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	29
4.1 O CONCEITO DE DOR PARA OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	29
4.2 AVALIAÇÃO DA DOR NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	34
4.3 TEORIA DA RESPOSTA DELIBERATIVA E SUA INFLUÊNCIA NO CONTEXTO DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A DOR.....	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICE	50
ANEXOS	52
ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	52
ANEXO II - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	56
ANEXO III – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA	57
ANEXO IV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)	58
ANEXO V – TERMO DE COMPROMISSO PARA APOIO PSICOLÓGICO/NEAP	63
ANEXO VI – TERMO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS PARA PESQUISA COM SERES HUMANOS.....	64
ANEXO VII - TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES.....	65

1 INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ao risco de dano tecidual real ou potencial, envolvendo mecanismos culturais, psíquicos e físicos do indivíduo. É considerada uma das principais causas de aflição e angústia no ser humano, ocasionando incapacidades, comprometendo a qualidade de vida e gerando vultosas repercussões econômicas e biopsicossociais.

Diante disso, a experiência dolorosa apresenta uma complexa interação de fatores neurológicos, emocionais, cognitivos, sociais e culturais. Esta experiência desagradável nos faz ter dificuldades para a realização das atividades cotidianas, alterações comportamentais, sensitivas e emocionais. Ademais, a dor envolve efeitos fisiológicos deletérios ao organismo, tais como diminuição da saturação de oxigênio, aumento da frequência cardíaca e respiratória, elevação dos níveis pressóricos arteriais, aumento da temperatura corporal, entre outros. Assim, pode-se inferir que a dor influencia de maneira negativa os parâmetros dos demais sinais vitais, afetando a saúde das pessoas.

Desde meados dos anos 2000, a dor é considerada o quinto sinal vital. Portanto, ela deve ser sempre avaliada e registrada com a mesma precisão em que são verificados os demais sinais vitais de pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura. Mediante esse contexto, é fundamental valorizar e respeitar a queixa de dor, além de mensurar, registrar e ofertar ao indivíduo o manejo adequado do tratamento da experiência algica, tendo em vista o desconforto e efeitos prejudiciais que a dor pode manifestar.

Diante destas considerações, é primordial que a avaliação da dor ocorra na assistência à saúde, no ato da prestação dos cuidados. Sabe-se que os profissionais de Enfermagem são aqueles que possuem mais vínculo e envolvimento com os pacientes, estando em contato diariamente com as experiências dolorosas de cada indivíduo. Assim, estes profissionais podem identificar, avaliar, mensurar e registrar o fenômeno doloroso em prontuário, além de envolver terapias não-farmacológicas e farmacológicas, sendo esta última mediante prescrição médica, a fim de favorecer o alívio e manejo adequado das queixas algicas. Estes profissionais têm um papel significativo no controle da dor.

Em sua prática profissional, a equipe de enfermagem busca cumprir com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a qual possui como instrumento o

Processo de Enfermagem, uma ferramenta que traz dinâmica às ações que são realizadas de forma sistemática, utilizando taxonomias e propondo diagnósticos de enfermagem de forma a abranger todas as necessidades do paciente, fornecendo à equipe uma fundamentação na sua assistência para avaliar e definir as ações de manejo da dor. Compete a esses profissionais ter conhecimento da fisiologia, avaliação, mensuração e tratamento adequado da dor, utilizando escalas e métodos padronizados na assistência à saúde. Ressalta-se que é direito do paciente ter acesso a um manejo adequado de sua dor, favorecendo seu bem-estar físico, mental e social. Desse modo, é imprescindível entender a dor e todas as suas características.

Na prática assistencial o fenômeno doloroso, algumas vezes, é negligenciado, e a dor também acaba não sendo avaliada como o quinto sinal vital, algo preocupante, pois repercute de forma negativa na saúde dos indivíduos. Conhecer a dinâmica do processo doloroso, avaliar, mensurar e registrá-lo é tão importante quanto avaliar os demais sinais vitais. Considerando esse contexto, surgiu a seguinte questão norteadora: Qual o conhecimento dos profissionais de enfermagem frente à avaliação da dor como o quinto sinal vital?

Dessa forma, o objetivo geral deste estudo foi identificar o conhecimento da equipe de enfermagem acerca da avaliação da dor como o quinto sinal vital, tendo como objetivos específicos descrever o significado de dor na concepção da equipe de enfermagem, compreender como a equipe de enfermagem avalia a dor dos pacientes e analisar o conceito de dor aguda e crônica na visão da equipe de enfermagem.

A justificativa deste estudo se relaciona à experiência estudantil durante os estágios assistenciais, nos quais a dor não era vista como um sinal vital e seu tratamento não estava em consonância com a experiência de dor vivenciada pelos pacientes. A dor não era avaliada no mesmo momento em que os demais sinais vitais eram identificados, bem como seus registros pelos profissionais eram escassos, trazendo repercussões negativas ao bem-estar dos pacientes.

Sabendo que a dor, quando não manejada adequadamente, pode trazer efeitos danosos ao organismo, este estudo visa contribuir que os profissionais sejam estimulados e tenham conhecimento em relação à dor, especialmente como o quinto sinal vital, favorecendo uma melhor assistência à saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E DEFINIÇÃO DA DOR

A sensação de dor existe desde os primórdios da humanidade e acompanha a evolução do homem. Segundo Bastos (2005), nas civilizações antigas, como a Egípcia, a Hebraica e a Assírio-Babilônica, a definição de dor era esclarecida pela religiosidade, pois se acreditava que a dor era um castigo divino pelos pecados cometidos. Na antiga Índia, os habitantes acreditavam que a dor era causada pela frustração dos desejos não realizados, voltando-se para uma estrutura emocional da dor.

Os gregos foram os primeiros a afirmar que o cérebro era o mediador das sensações dolorosas, sendo a primeira abordagem organicista da dor. As primeiras teorias modernas em relação à dor surgiram no início do século XIX e se consolidaram no século XX, ao mesmo tempo em que se desenvolvia a Fisiologia. Foram introduzidos critérios de distinção entre a dor aguda e crônica, assim como a relevância da equipe multidisciplinar para o tratamento da dor (BASTOS, 2005).

Na década de setenta surgem as definições, o Subcomitê de Taxonomia foi pioneiro ao lançar uma definição em 1979 que foi amparada pelo Conselho da Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP), essa definição foi aceita e respeitada por grande parte dos pesquisadores da área e adotada por uma variedade de organizações como a Organização Mundial da Saúde (OMS), essa definição descrevia a dor como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão” (SRINIVASA et al., 2020).

Algumas revisões e adequações foram sendo realizadas, as principais ocorreram em 1986, 1994 e 2011, mas a definição de dor da IASP, em si, permaneceu sem modificações profundas. No entanto, nos últimos anos estudiosos da área apontam que os avanços na compreensão da dor fundamentam uma revisão mais profunda na definição. Ciente da necessidade de uma ampla revisão em 2018, a IASP cria uma força tarefa para reavaliar a definição baseada em evidências. Em 2020 após ampla discussão traz a nova definição da dor (SRINIVASA et al., 2020).

“Dor uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial. A dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada, em graus variáveis, por

fatores biológicos, psicológicos e sociais. Dor e nocicepção são fenômenos diferentes. A dor não pode ser determinada exclusivamente pela atividade dos neurônios sensitivos. Através das suas experiências de vida, as pessoas aprendem o conceito de dor. O relato de uma pessoa sobre uma experiência de dor deve ser respeitado. Embora a dor geralmente cumpra um papel adaptativo, ela pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico. A descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos para expressar a dor; a incapacidade de comunicação não invalida a possibilidade de um ser humano ou um animal sentir dor” (SRINIVASA et al., 2020).

Nesta revisão encontra-se uma sinopse crítica dos conceitos, a análise dos comentários e recomendações finais do comitê acerca das revisões da definição e das notas que foram analisadas, em conclusão a recomendação da nova definição atualizada traz consigo um reflexo das novas descobertas e entendimentos buscando avanço nos estudos do tema (DESANTANA et al., 2020).

Os estudos relacionados à dor são importantes para o aumento do conhecimento dos profissionais em relação ao seu manejo adequado, pois é direito fundamental do paciente o acesso à realização dos procedimentos sem dor, uma vez que a dor causa efeitos deletérios ao organismo, como o aumento da pressão arterial sistêmica, taquicardia, diminuição do aporte de oxigênio aos tecidos (RIBEIRO et al., 2020).

É importante diferenciar a dor crônica da aguda. As dores agudas são consideradas fisiológicas, como um sinal de alerta de maior importância de caráter orgânico e relacionado à sobrevivência, possui limitação quanto ao tempo e espaço acometido, sendo finalizado com a resolução do processo doloroso. Já a dor crônica tem caráter evolutivo e maior cronologia, geralmente com duração de seis meses ou mais e associada a estímulos nocivos frequentes (MARQUEZ et al., 2011).

A Sociedade Brasileira de Estudos da Dor (SBED) afirma que a dor deve ser incluída como quinto sinal vital nas instituições de saúde públicas e privada. Desta forma, auxilia a formação de um plano de assistência voltado para a dor. A mensuração da dor incentiva às equipes de saúde a ter o compromisso de oferecer tratamento rápido e seguro para a dor, além de acompanhar a evolução dos pacientes perante esse tratamento, ainda que recebam alta hospitalar (SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDOS DA DOR, 2010).

2.2 FISIOLOGIA DA DOR

Apesar do mecanismo de dor ser comumente relacionado a uma resposta inflamatória e à lesão de um nervo, trata-se de um sentimento angustiante complexo e que na atualidade não é completamente compreendido e nem toda sua complexibilidade foi descrita (FREITAS et al., 2019).

Os processos distintos para o reconhecimento da dor pelo organismo são a transdução, transmissão, modulação e percepção. Na transdução, o impulso doloroso é recebido pelos nociceptores, sendo transferido em impulso elétrico ou potencial de ação. Na transmissão, esse impulso é conduzido até o corno posterior da medula espinhal. A modulação ocorre quando o impulso doloroso atinge níveis superiores do sistema nervoso central, onde ocorre a hiperpolarização ou despolarização dos neurônios, inibindo ou facilitando a difusão. Na percepção, o impulso é percebido como dor, sendo influenciado pelas dimensões sensoriais, emocionais e cognitivas (FREITAS et al., 2019; PEREIRA et al., 2018).

Em geral os estudos elencam apenas as dores nociceptiva e neuropática. A dor nociceptiva se relaciona a uma lesão tecidual e a dor neuropática está voltada a uma lesão aos nervos, sendo que nas duas situações o corpo gera uma resposta inflamatória que compõem a resposta imune inata, uma resposta de defesa a qual já se nasce e é inespecífica, pois sua ativação pode ocorrer por variados motivos (PEREIRA et al., 2018).

Há uma diferenciação entre dor e nocicepção, onde a nocicepção se refere aos sinais que chegam ao Sistema Nervoso Central (SNC), resultante da ativação dos receptores sensoriais especializados, chamados nociceptores, que fornecem informações sobre uma lesão nos tecidos. Consequentemente, a dor é uma experiência emocional desagradável que geralmente acompanha a nocicepção (FEIN et al., 2011).

Os nociceptores primários são o local de início da sensação dolorosa. Estes neurônios sensoriais são especializados, mantendo elevado limiar de condução às informações projetadas na periferia, onde ocorre uma lesão tecidual até SNC, particularmente para a medula espinhal, no corno dorsal. Os axônios longos, presentes nos nervos periféricos, estendem-se desde o seu corpo celular às estruturas da medula espinhal e gânglios da raiz dorsal. Quando estes neurônios são ativados, enviam um sinal através das suas longas fibras até à medula espinhal e em seguida para o cérebro, onde a dor é vivenciada (VARANDAS, 2013; CARVALHO, 2020).

A dor pode ser provocada por estímulo térmico, mecânico e químico, no qual produz ferimento tecidual. Diferentes possibilidades e distintas teorias explicam como estes estímulos resultam na mesma sensação de dor. Uma possibilidade é que os nociceptores conseguem detectar todos os estímulos sendo assim sensíveis a variados estímulos e outra possibilidade, é que alguns nociceptores são sensíveis a estímulos específicos (FEIN et al., 2011).

Os nociceptores são representados pelas fibras A-d e C, evidências mostram que os sinais das fibras C e A-d são sensações diferentes. Estímulos na fibra A descrevem como uma sensação de dor acentuada e nas fibras C uma sensação fraca dolorida (CARVALHO, 2020; FEIN et al., 2011).

Após sofrer as influências de modulação do corno dorsal alguns impulsos nociceptivos passam diretamente ou através de interneurônios para as células do corno anterior e anterolateral onde estimulam neurônios somatomotores e pré-ganglionares simpáticos, provocando resposta nociceptiva segmentar autonômica reflexa. Outros impulsos nociceptivos são transmitidos para neurônios que fazem sinapse com neurônios do trato espinotalâmico e outros sistemas ascendentes que então convergem para o tronco encefálico e estruturas supraespinhais onde promovem respostas reflexas suprasegmentares e corticais (CARVALHO, 2020, p.221).

A função primária dos nociceptores é de transmitir informações aos neurônios de ordem superior sobre uma lesão tecidual, os receptores individuais transformam a lesão em um sinal apropriado para as células nervosas distinguirem. A nocicepção não é somente associada ao tipo do estímulo, mas também está correlacionada com um limiar subjetivo e individual, esta rede neural é composta não somente por um sistema sensorial, mas também por um sistema afetivo e de vivências que pode modular a intensidade da dor (FREITAS et al., 2019).

Quando se analisa de forma focal e individual a fisiologia, o evento doloroso ocorre exclusivamente através do sistema dos nociceptores, afinal é através desta via que mecanismos periféricos e centrais alertam os processos nocivos ao cérebro utilizando e desencadeando transdução, transmissão, modulação e a percepção resultando a uma resposta (FERREIRA et al., 2009; PEREIRA et al., 2018).

A dor neuropática é a resposta à uma lesão a um nervo ou uma função anormal destes nervos, pode ocorrer em qualquer local ao longo das fibras nervosas nos tecidos periféricos que estão levando o estímulo ao sistema nervoso central, nestes casos é comum o relato verbal descrevendo como sendo uma queimação, picada e dormência.

Pode estar relacionada a um leque de causas que afetam o sistema somestésico as principais são: traumas, infecções, invasão tumoral, doenças degenerativas ou estar ligada e um evento causal não detectável (MENDES et al., 2020).

Como aponta Kraychete et al. (2008), o mecanismo da dor neuropática ainda não possui um esclarecimento tão alto como a nociceptiva alguns modelos experimentais estão sendo estudados a partir de lesões periféricas causadas através de traumas, metabólicas e tóxicas, porém, ainda se trata de teorias para elucidação do mecanismo sem uma definição assertiva e aceita por órgãos oficiais.

Ressalta-se que há, ainda, a dor nociplástica. Esta surge para descrever e agregar a dor de sensibilização central ou uma dor centralizada, sugerindo que exclusivamente o estímulo da algia nociplástica seja de início central. Essas alterações centrais não foram descritas e essas mudanças observadas ainda não podem explicar a origem desta dor, por sua totalidade. O desenvolvimento desta descrição está em andamento embasado na hipersensibilidade e achados clínicos variados, tentando correlacionar à fisiopatologia da dor. Entende-se sua importância a partir da citação pela IASP, quando ocorre uma revisão da definição da dor (YAMADA et al., 2022; DESANTANA et al., 2020).

As investigações acerca da dor nociplástica sugerem que ocorre a sensibilização central, ou seja, uma amplificação dos sinais nociceptivos pelo sistema nervoso central à entrada somatossensorial aferente. Sua ocorrência está relacionada a um estímulo nervoso espontâneo, sendo que receptores aumentam a resposta neural na medula espinhal e no campo neurobiológico acontece um desequilíbrio dos neurotransmissores nociceptivos e antinociceptivos. A análise de imagens tomográficas tem demonstrado atividade cerebral amplificada em regiões relacionadas à percepção da dor, mas também em regiões não relacionadas (SILVA et al., 2021).

O aumento da sinalização neural provoca uma amplificação anormal da dor. As observações obtidas até o momento demonstram que ao longo do tempo ocorre uma evolução multifocal, alodinia, prevalência no sexo feminino, agregação familiar, existência de sensibilizadores psicológicos, coexistência de comorbidades e condições de dor crônica e a ineficiência de tratamentos de ação periférica (FERREIRA et al., 2020; SILVA et al., 2021).

2.3 MENSURAÇÃO E MANEJO DA DOR

A dor deve ser considerada como quinto sinal vital, portanto, ela deve ser sempre avaliada e registrada no mesmo tempo e ambiente clínico em que são verificados os outros sinais. Esta recomendação deve ser seguida pelos profissionais, a fim de que as técnicas de assistência ao paciente com dor sejam aprimoradas e gerenciadas de maneira adequada. A equipe de saúde deve valorizar e respeitar as queixas de dor apresentadas pelos pacientes, realizando uma avaliação qualificada, pois estes sentem o desconforto que as sensações dolorosas manifestam (SOUSA, 2002).

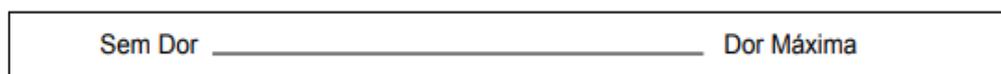
Existem métodos de avaliação unidimensionais e multidimensionais. As escalas de avaliação de aspecto unidimensional, possuem uma aplicabilidade facilitada e geralmente consomem menos tempo do profissional na sua aplicação, enquanto comparado a uma escala de método de avaliação multidimensional que avalia múltiplos aspectos. As escalas com características unidimensionais, apresentam como objetivo medir a intensidade da dor, mediante um valor qualitativo ou numérico, pode-se citar as escalas numéricas, nominais e analógico-visuais, são de fácil aplicação e comumente utilizadas (VARANDAS et al., 2013; MARTINEZ et al., 2011).

Os instrumentos multidimensionais de avaliação da dor, possibilitam ao profissional identificar as condições que envolvem a dor sob os aspectos emocionais, físicos, psicológicos, sociais e econômicos. O reconhecimento das dimensões da dor, através da avaliação multidimensional, permite uma descrição detalhada das qualidades sensoriais e afetivas dos eventos dolorosos, os principais métodos de avaliação de instrumentos multidimensionais são: Questionário Da Dor de McGill, Questionário Da Dor De Dartmouth, Inventário Multidimensional da Dor de West Haven-Yale (VARANDAS et al., 2013; AGUIAR et al., 2019).

As ferramentas comumente empregadas na avaliação da dor em adultos com perturbações cognitivas são, a Escala Visual Analógica (EVA), Escala Numérica de Avaliação (ENA) e a Escala de Descrição Verbal (EDV). O instrumento que mais se adequa a casos de demência é a escala denominada “Pain Assessment In Advanced Dementia” (PAINAD). É possível ainda aplicar a escala comportamental da dor FLACC (do inglês, Faces, Legs, Activity, Cry and Consolability), Escala da Dor Visual e Táctil (EDVT), Escala De Faces de Wong-Baker e o termômetro de dor (POWELL et al., 2010).

A EVA é de fácil e rápida aplicação, além de ser capaz de favorecer a variabilidade de respostas e emprego de diferentes análises estatísticas. Desse modo, a EVA desenvolvida possui uma linha horizontal de 10 centímetros com os descritores nas extremidades. Para estabelecer a pontuação, o respondente deve indicar ao longo da linha. A interpretação dos resultados se dá mediante a mensuração do espaço compreendido entre a extremidade à esquerda e o ponto sinalizado pelo respondente, com uma régua graduada em centímetros (ZORTA, 2018). A figura 1 representa um exemplo de escala visual analógica.

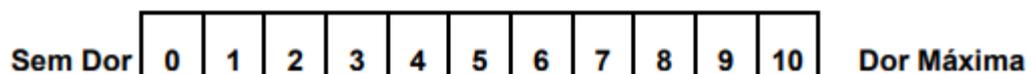
Figura 1 - Escala Visual Analógica



(Direção- Geral de Saúde (2003). Circular normativa nº9/DGCG de 14/06/2003)

A ENA é uma escala de 10 pontos onde o paciente seleciona um número de 0 a 10, sendo 10 a pior dor imaginável. Quando não é possível qualquer comunicação, podem ser registrados sinais que refletem predomínio simpático como taquicardia e hipertensão (POWELL, 2010). A figura 2 representa um exemplo de escala numérica.

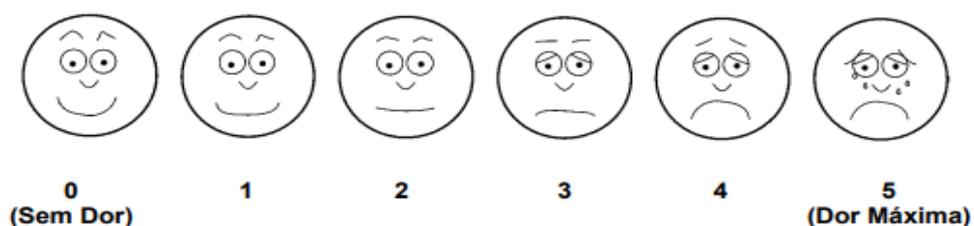
Figura 2 - Escala Numérica



(Direção- Geral de Saúde (2003). Circular normativa nº9/DGCG de 14/06/2003)

A escala de faces é constituída por seis rostos de desenhos animados compostos por diferentes expressões, onde um grande sorrisinho equivale a sem dor e um rosto a chorar representa a pior dor. O enfermeiro deve mostrar ao paciente até que ele sinalize o rosto que se adequa à dor que sente (POWELL et al., 2010). A figura 3 representa um exemplo de escala de faces.

Figura 3 - Escala De Faces



(Direção- Geral de Saúde (2003). Circular normativa nº9/DGCG de 14/06/2003)

Na Escala Qualitativa solicita-se ao paciente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes atributos disponíveis na escala, considerando a indicação do paciente que pode relatar, sem dor, dor ligeira, dor moderada, dor intensa e dor máxima. (POWELL et al., 2010). A figura 4 representa um exemplo de escala qualitativa.

Figura 4 - Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
----------------	--------------------	---------------------	--------------------	-------------------

(Direção- Geral de Saúde (2003). Circular normativa nº9/DGCG de 14/06/2003).

Há uma necessidade de que as equipes de enfermagem recebam capacitações para melhorar suas competências e habilidades para reconhecer, avaliar, monitorar e intervir na ocorrência de algias. O reconhecimento é algo primordial neste processo e é de importância o não desmerecimento do relato verbal e ou dando preferência para escalas de dor onde o paciente possa quantificar ou afirmar sua queixa (FRORÊNCIO et al., 2021).

A identificação da queixa algica possui como componente principal o relato verbal do paciente, entretanto pode ser complementada através de escala mensurativa e a análise de características pela análise das expressões faciais, postura corporal, comportamento, mudanças na comunicação e análise do padrão de sono (DA SILVA OLIVEIRA et al., 2019).

2.4 VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO A DOR

Na enfermagem encontra-se uma relação interpessoal do profissional com o paciente, para a manutenção e reequilíbrio de suas energias, de sua saúde, a dor é o sintoma abrangente que afeta o ciclo vital deste paciente e que pode resultar em ansiedade, sentimentos de medo, de insegurança, de inquietude, de excesso de preocupações, que também podem levar à dor, seja ela em qualquer abrangência (MORREIRA et al., 2021).

O eixo da atenção da enfermagem é o ser humano, com suas necessidades biopsicossocial e espiritual, com função precípua de instituir práticas de enfermagem, promovendo, prevenindo e recuperando a saúde, com cuidados capazes de atender

necessidades dos pacientes. A enfermagem deve ter precaução para a dor, por estar presente na vida do homem e a seus impacta negativamente a saúde física e mental do ser humano. A dor necessita de reconhecimento e conscientização dos profissionais (ANTUNES et al., 2018).

Mesmo conscientizado que a dor é uma experiência pessoal e única, associada a fatores biológicos, psicológicos e sociais, o profissional não deve subestimá-la, para isso deve ser sensível e entender a dor como um fenômeno, que pode estar presente durante todo o tratamento. Partindo desse conceito é fundamental o gerenciamento da dor como um cuidado de enfermagem devendo abranger toda a multidimensionalidade da dor (SOUSA et al., 2022).

Para estabelecer um vínculo que possibilite nortear a assistência visualizando o paciente em sua integralidade, o profissional deve escutar ativamente com ética as necessidades do cliente, criando vínculo de confiabilidade melhorando o bem-estar. A comunicação é a maneira assertiva de estabelecer a relação de ajuda ao paciente (DE BARROS et al., 2019).

A enfermagem exerce papel fundamental na prevenção e promoção do alívio, sendo ela capaz de formular estratégias benéficas, a equipe de enfermagem deverá utilizar métodos de humanização em toda a assistência comprometido e sob visão holística, aptos a interpretar sinais de sentimento de dor mesmo que a verbalização não seja possível (DOS SANTOS et al., 2021).

Em sua atuação da enfermagem caracteriza-se dos saberes de cuidar que proporcionam ao paciente possibilidades adaptativas entre as variadas práticas intervencionistas que impactam na compreensão da dor, a prática centrada no paciente com objetivo para capacitá-lo para o autocuidado, tendo o apoio e orientação de enfermeiros com valorização da experiência dolorosa pode viabilizar a recuperação e o controle de suas vidas com menor sofrimento (ANTUNES et al., 2018).

A enfermagem está presente em todas as etapas do cuidado, agregando a família ao tratamento, minimizando o sofrimento, buscando a promoção de cuidados de controle da dor, bem como reconhecendo os sinais e sintomas da doença. A qualificação do profissional permite que se desenvolva assistência, observando e compreendendo todos os fenômenos que envolvem o tratamento (SOUSA et al., 2022).

O domínio técnico-científico do profissional, contribui para uma melhor assistência de enfermagem ao paciente com dor. No entanto, há relatos de falhas de conhecimento, atitudes equivocadas, inadequada avaliação e insuficiente registro sobre dor e analgesia. O enfermeiro precisa saber quando ocorre a dor e como ela afeta o paciente, para poder interferir. Para isso é necessário utilizar técnicas, as quais envolvem, entre outros aspectos, o respeito pela individualidade, o estabelecimento de uma relação entre profissional e paciente de aspecto empático, saber escutar e questionar com perguntas simples, e objetiva, no sentido de ajudar a compreender a sua dor (RIGOTTI et al., 2005).

A prescrição de cuidados da enfermagem é essencial, quando analisado atentamente as necessidades do paciente de forma holística os sinais físicos, os psicológicos e espirituais interpretando as queixas verbais e não verbais o tratamento e manejo da dor será de maior eficácia (RODRIGUES et al., 2020).

O cuidado sistematizado da enfermagem conduz para uma autonomia no gerenciamento da dor e as intervenções podem sanar as necessidades existentes através da avaliação da dor e a prescrição de enfermagem resultando em uma organização de trabalho eficaz capaz de trazer conforto e entendimento por parte do paciente (ANTUNES et al., 2018).

É evidente a subjetividade da dor frente aos diversos aspectos psicossociais envolvidos, requer do profissional que assiste ao paciente, não somente uma observação fundamentada em conhecimento técnico científico, mas uma visão holística, para que o cuidado seja prestado de maneira adequada (DE BARROS et al., 2019).

Durante o tratamento a enfermagem encontra na sua rotina pacientes com variados graus clínicos de dor, mas recorrente se depara com pacientes oncológicos com dor persistente em sua maioria por longos períodos. Ao manejar pacientes com este quadro a enfermagem encontra dificuldades ao diagnosticar como dor crônica ou aguda e de mensurar a sua intensidade para definir os cuidados de enfermagem (RIBEIRO et al., 2020).

Pacientes oncológicos convivem com dores crônicas intensas por muito tempo, a enfermagem deve buscar uma atuação diante deste quadro em forma sistemática o diagnóstico da dor crônica oncológica e traçar planos de cuidados individualizados, não

com o objetivo de sanar as dores, mas sim meios de melhorar a qualidade de vida destes pacientes possibilitando que eles realizem suas atividades diárias (RIBEIRO et al., 2020).

Para estabelecer um vínculo que possibilite nortear a assistência visualizando o paciente em sua integralidade, o profissional deve escutar ativamente com ética as necessidades do cliente, criando vínculo de confiabilidade melhorando o bem-estar. A comunicação é a maneira assertiva de estabelecer a relação de ajuda ao paciente (DE BARROS et al., 2019).

O manejo da enfermagem necessita estar constantemente preocupado com a prestação do alívio da dor, reconhecendo que o ser humano está constantemente exposto a múltiplos eventos estressantes e dolorosos no contexto hospitalar, profissionais treinados são capazes de modificar comportamentos e práticas enraizadas, empregando técnicas eficientes para o alívio da dor (DOS SANTOS et al., 2021).

É evidente a subjetividade da dor frente aos diversos aspectos psicossociais envolvidos, requer do profissional que assiste ao paciente, não somente uma observação fundamentada em conhecimento técnico científico, mas uma visão holística, para que o cuidado seja prestado de maneira adequada (DE BARROS et al., 2019).

Estudos mostram que os profissionais possuem dificuldade em identificar e tratar a dor. A dificuldade na avaliação pode estar relacionada com o estado do paciente que pode impossibilitar ou dificultar a comunicação pelo uso de ventiladores e outras restrições impostas pelos métodos terapêuticos, e a falta de conhecimento científico, também pode ser considerada uma razão para o manuseio e controle inadequado da dor (MAGALHÃES, 2011).

Profissionais consideram importante a dor como quinto sinal vital, embora relatem algumas dificuldades na implantação. As principais dificuldades citadas estão relacionadas à falta de compreensão do paciente e a falta de tempo do profissional para avaliar a dor. A implantação de uma rotina de avaliação da dor como sinal vital como os demais, exige persistência, incentivo e acompanhamento, como em qualquer nova rotina. Ressaltou-se ainda, a importância da participação ativa do enfermeiro frente a responsabilidade na implementação, supervisão e orientação a seus profissionais que compõem a equipe de enfermagem (NASCIMENTO et al., 2011).

A enfermagem está em constante evolução, e na tentativa de se integrar a este contexto, incorporar como estratégia do processo de trabalho a educação continuada, este instrumento facilita o desenvolvimento de competência profissional, viabilizando o aprimoramento da assistência de enfermagem. Treinamentos atualizam e aprofundam o conhecimento da equipe de enfermagem, para atuar de forma mais adequada e eficiente no controle e alívio da dor (MAGALHÃES, 2011; MOCCELIN et al., 2018).

2.5 TEORIA DA RESPOSTA PROFISSIONAL DISCIPLINADA DE IDA JEAN ORLANDO

A estrutura teórica da ciência da enfermagem, constrói-se em um processo dinâmico, que se inclina a surgir a partir da prática e que se retrata na pesquisa, especialmente por meio de teorias. Os acontecimentos vivenciados na experiência prática da enfermagem, precisam ser estudados em pesquisas para que seus atributos sejam reconhecidos. Isso possibilita o desenvolvimento de teorias que têm como objetivo direcionar a prática clínica (BOUSSO et al., 2014). Dentre as teorias de enfermagem existentes, destaca-se a teoria da resposta profissional disciplinada de Ida Jean Orlando.

Orlando desenvolveu uma teoria de enfermagem em que o paciente é o elemento fundamental da assistência de enfermagem, com isto as ações de enfermagem também devem ser individualizadas e adequadas a cada paciente, sendo que estas ações são pautadas nas necessidades de ajuda. A origem do problema apresentado pelo paciente é analisada em elementos que são o comportamento do paciente, a ação e a reação da enfermagem (PRÁ et al., 2004; ORLANDO, 1978).

Estes elementos compõem o processo de enfermagem de acordo com a teoria de Orlando, o comportamento do paciente é observado pela enfermagem e pode ser por meio de expressões não verbais (comer, caminhar), manifestações fisiológicas (pressão arterial, temperatura), comportamentos verbais com queixas e sua "aparência" na significação de aparentar que envolve uma série de comportamentos, mas principalmente o facial como "ele aparenta estar infeliz" (ORLANDO, 1978).

O segundo elemento é a reação que se estabelece em três aspectos a percepção do comportamento do paciente, as ideias estimuladas pela percepção e sentimentos de resposta, neste elemento pode ter considerações diferentes entre os enfermeiros já que se

deve utilizar tudo ou parte das suas percepções de ideias e sentimentos ao comportamento do paciente que levará a identificação das suas necessidades (ORLANDO, 1978).

O terceiro e último elemento do processo de enfermagem segundo Orlando, é a atividade do enfermeiro ou sua ação, essas ações podem ser automáticas ou deliberativas, as ações automáticas são ineficazes já que não procura satisfazer as necessidades do paciente e as deliberativas são eficientes já que são planejadas de forma a satisfazer as necessidades e solucionar o problema (ORLANDO, 1978).

A capacidade de adaptação da teoria de Orlando, e o enfoque em satisfazer as necessidades do paciente de forma em que o enfermeiro deve desenvolver suas funções pautadas no comportamento e observação que terá como resultado uma ação planejada justificando a correlação com o tema. É necessário a identificação da dor para a tomada de decisões frente ao problema. A utilização da teoria de Orlando permitirá uma compreensão da interação enfermeira-paciente em que a necessidade do paciente está ou não sendo identificada e assistida, sendo que para a identificação é necessário um conhecimento prévio sobre o assunto por parte da enfermagem (CAVALCANTE et al.,1998; ORLANDO, 1978).

3. METODOLOGIA

3.1 MODALIDADE DA PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. Ressalta-se que as pesquisas qualitativas segundo Silveira e Córdova (2009) buscam explicar o porquê dos fatos, exprimindo o que convém ser feito, mas não quantificam os valores e as trocas simbólicas nem se submetem à prova de fatos, pois os dados analisados são não-métricos (suscitados e de interação) e se valem de diferentes abordagens.

Ademais, de acordo com Oliveira (2011), os estudos que possuem abordagem exploratória e descritiva são caracterizados por adquirir maior familiaridade com o meio em que se desenvolve o trabalho, descrevendo os aspectos principais da população ou fenômeno pesquisado.

Para a realização desse estudo, utilizou-se um roteiro de entrevista com perguntas abertas sobre o tema de pesquisa (APÊNDICE I), por meio de uma entrevista semiestruturada e individualizada. Antes de sua utilização necessitou-se de um pré-teste que foi aplicado a um profissional de Enfermagem, a fim de verificar a viabilidade e adaptação do roteiro supracitado.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi aplicada em um hospital de grande porte, situado em um município no interior de Santa Catarina, no setor de clínica médica e clínica cirúrgica. Estes setores possui aproximadamente sessenta leitos e integra o trabalho de uma equipe multidisciplinar, tendo presente várias especialidades médicas, assistência de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, entre outros.

Os indivíduos em período de institucionalização neste setor possuem patologias associadas às doenças crônicas, cuidados paliativos entre outras especialidades. É importante salientar que nestas mais diversas patologias, a dor frequentemente está presente no cotidiano dessas pessoas.

Cabe ressaltar que esta unidade possui uma quantidade considerável de profissionais de enfermagem, tendo em vista o grau de dependência dos pacientes. Deste

modo, é um local propício para o desenvolvimento deste estudo em se tratando da elucidação e novas descobertas sobre o tema desta pesquisa.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

Os profissionais de enfermagem, distribuídos nos turnos matutino, vespertino e noturno, compuseram a população deste estudo. Foram entrevistados 19 participantes, sendo que um deles participou da realização do pré-teste para auxiliar na avaliação e viabilidade do instrumento de coleta de dados. Os demais entrevistados fizeram parte da amostra para análise dos dados.

Os profissionais deste estudo estão distribuídos em diferentes categorias, como enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. São considerados o elo entre a equipe multiprofissional e o paciente, desenvolvendo vínculos e ajudando no processo da melhoria contínua da assistência à saúde.

Destarte, a amostra deste estudo foi não-probabilística, por conveniência. A amostra de estudo não probabilística conforme Lozada e Nunes (2019) é todo estudo que não necessita de fundamentação estatística. Os elementos que serão escolhidos deverão estar relacionados de acordo com as características do pesquisador ou de quem a realizará.

Ademais, esse tipo de amostra tem seu procedimento de escolha informal e é determinado pelas necessidades do pesquisador. Já em questão da amostra por conveniência, Lozada e Nunes (2019) referem que o pesquisador seleciona os dados a partir dos fatos ou fenômenos estudados e que têm acesso.

Os critérios de inclusão deste estudo foram ser profissional de enfermagem, atuar no setor de clínica médica e que concordar em participar da pesquisa, assinando o TCLE (ANEXO IV). Quanto aos critérios de exclusão, foram não ser profissional de enfermagem e não atuar de maneira fixa no setor, ou seja, se o profissional não faz parte da escala fixa de atribuições diárias do setor, além de não concordar em participar da pesquisa.

3.4 ENTRADA NO CAMPO

A entrada no campo aconteceu mediante a aprovação do projeto juntamente ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) (ANEXO I) da Unidavi, através do parecer técnico nº

5.492.906 e do representante da Enfermagem do Hospital Regional Alto Vale (HRAV), através da Declaração de Anuência (ANEXO III).

Após a autorização das respectivas instituições, realizou-se uma conversa com as enfermeiras da Clínica Médica, onde ocorreria a coleta de dados, apresentando a proposta deste estudo. Posteriormente foram definidos dias e horários pré-estabelecidos, conforme a rotina dos profissionais de enfermagem, para realização dos procedimentos necessários à coleta de dados. Ressalta-se que os dados foram coletados em ambiente privativo, no próprio local de coleta e de forma individualizada.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os procedimentos de coleta de dados foram iniciados mediante autorização da instituição (ANEXO II) e do Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO I). A coleta de dados foi realizada utilizando-se um roteiro de entrevista semiestruturado sobre o tema apresentado (APÊNDICE I). Este instrumento de coleta de dados teve perguntas sociodemográficas e subjetivas sobre o tema, de modo que o participante escrevesse suas experiências, conceitos e significados sobre a dor, mediante entrevistas individualizadas. De acordo com a clássica referência de Minayo (1994), o que torna a entrevista um instrumento privilegiado para a coleta de informações na pesquisa social é a possibilidade de acessar condições estruturantes da realidade, sistemas de valores, normas e símbolos por meio do discurso do sujeito.

Dessa forma, este roteiro proporcionou o contato do pesquisador com o entrevistado, tendo acesso às experiências e espontaneidade do participante. Ressalta-se que foi elaborado mediante leitura expressiva sobre a dor como quinto sinal vital, contendo questionamentos o manejo da dor, conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da dor e compreensão sobre dor aguda e dor crônica. Estes trabalhadores da enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) foram codificados de forma genérica por números e a sigla inicial de suas categorias profissionais, a exemplo ENF 1, AE 1, TE 1, e sucessivamente, a fim de manter o sigilo dos participantes.

Os pesquisadores se apresentaram para cada participante do estudo, realizando a leitura e discussão do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (ANEXO IV). Caso concordassem livre e espontaneamente em participar do estudo, os participantes

assinariam o TCLE, com duas vias de igual teor, sendo uma via em posse do pesquisador e a outra do entrevistado. Cada indivíduo que compôs a amostra participou da entrevista de forma individual e em ambiente privativo, minimizando riscos de constrangimento.

3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados da pesquisa foram avaliados e categorizados conforme análise de conteúdo descrita por Laurence Bardin (2011), utilizando o conjunto de técnicas da análise categorial, composta pelas etapas sequenciais de pré-análise, exploração do material e avaliação do resultado. Conforme a autora supracitada, a pré-análise consiste na organização do material a ser analisado, onde se faz a leitura de todo o material coletado durante a pesquisa com o objetivo de entender e escolher os documentos delimitando o que será analisado.

A exploração do material consiste na classificação em categorias ou códigos (sistemas de codificação). Essa classificação está incluída dentro de dois outros grupos que são a identificação das unidades de registro e identificação das unidades de contexto. O tratamento dos resultados consiste a partir da interpretação e inferência podendo realizar a análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2011).

Dessa forma, os dados foram organizados numa planilha específica do programa Microsoft Excel (2016), tratados e agrupados segundo as variáveis do estudo. Na sequência foi realizada análise descritiva do conteúdo e para contribuir com o entendimento na avaliação dos dados foi utilizada a teoria de Enfermagem intitulada Teoria da Resposta Profissional Disciplinada de Ida Jean Orlando (BOUSSO et al., 2014).

3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O estudo atende aos preceitos éticos determinados na resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 implementada pelo Conselho Nacional de Saúde (ANEXO VI), que dispõe sobre os testes e pesquisas realizadas com seres humanos e dos direitos que lhe são assegurados pelo parecer substanciado do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI) neste

número CAAE: 59319022.5.0000.5676 (ANEXO I). Foi esclarecido para cada participante os objetivos, métodos e benefícios que este estudo pode trazer, bem como os riscos que poderiam ocasionar.

Cada participante recebeu um TCLE, o qual foi assinado por cada indivíduo, autorizando desta forma sua participação no estudo. Foi enfatizado também que a participação no presente estudo seria voluntária, desta forma quem não tivesse interesse em participar do estudo, poderia se recusar em qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo de suas atividades laborais em seus locais de trabalho.

O estudo apresentou o risco de constrangimento aos profissionais de enfermagem ao responderem os itens do formulário de coleta de dados, que poderia causar em alguns participantes um desequilíbrio emocional, mudanças de comportamento, sentimento de impotência, ansiedade, timidez e vergonha.

Para minimizar estes riscos, a coleta de dados foi individualizada, em ambiente privativo, sendo preservados o sigilo e anonimato dos participantes e ainda ficou à disposição dos entrevistados o apoio psicológico oferecido pelo Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia (NEAP) (ANEXO V) da UNIDAVI, caso o participante necessitasse, em decorrência dos riscos apresentados.

Os benefícios deste estudo são a oportunidade de identificar precocemente as queixas de dor dos pacientes, mediante a atuação dos profissionais de enfermagem em valorizar as queixas algicas dos indivíduos. Fortalece o conhecimento desses profissionais acerca da temática de dor, estimulando a avaliação e o manejo adequado da dor nos pacientes, bem como o registro da dor como o quinto sinal vital durante as práticas assistenciais, influenciando no atendimento mais humanizado e melhorando o bem-estar das pessoas.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Participaram da análise de dados deste estudo 19 profissionais, sendo 3 enfermeiros, 13 técnicos de Enfermagem e 3 auxiliares de Enfermagem. Apresentaram idade mínima de 20 anos e máxima de 35. Esses trabalhadores são atuantes na prestação de assistência a pacientes adultos. No setor onde trabalham, os clientes possuem as mais diversas comorbidades, sendo que a dor está presente rotineiramente nos relatos verbais desses indivíduos durante a prestação de cuidados.

Quanto ao gênero, 16 são do sexo feminino e 3 do masculino. Esse resultado reforça uma característica descrita na literatura, no que diz respeito à Enfermagem, enquanto uma profissão eminentemente feminina, característica esta que é reflexo da constituição histórica da profissão (LOPES et al., 2013).

Em relação ao tempo de atuação profissional na Enfermagem, possuíam entre 1 até 15 anos de trabalho na assistência. Todos os profissionais relataram ter cursos de qualificação profissional, como cursos de curta e longa duração em atualizações na área, bem como pós-graduações, uma tendência seguida pelos profissionais de Enfermagem, os quais buscam sempre estar cada vez mais qualificados no mercado de trabalho (ROCHA et al., 2009). A partir da análise de conteúdo do roteiro de entrevista, emergiram três categorias temáticas, conforme apresentado a seguir.

4.1 O CONCEITO DE DOR PARA OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Buscou-se, por meio dessa categoria, apontar a compreensão e entendimento dos profissionais de enfermagem referentes ao conceito de dor e distinção entre a dor aguda e crônica. Foram descritos os relatos sobre a definição de dor para a equipe de enfermagem, dos quais podem ter destaque os depoimentos abaixo.

“Debilita ainda mais o paciente causa angústia, medo, ansiedade. Parte pior do tratamento e ninguém quer sentir.” (ENF 1)

“A dor característica de cada indivíduo, é muito subjetivo e a forma que cada pessoa sente é diferente. Nós como enfermeiros precisamos levar as queixas dos pacientes muito a sério, lidamos com a dor do outro o tempo todo.” (ENF 3)

“Dor é o quinto sinal vital, sendo aquilo que indica algo de errado está acontecendo.” (TE11)

“Subjetivo diferente de cada indivíduo e em diferentes graus.” (TE 11)

“Sensação desagradável emocional ou física de caráter subjetivo onde o sistema nervoso transmite um sinal doloroso para a área afetada.” (TE 1)

Segundo Desantana et al. (2020), a dor é sempre uma experiência individual desagradável que influencia os aspectos físicos e emocionais dos indivíduos, possuindo variados graus de intensidade e se ajustando ao limiar de cada indivíduo. No conceito da IASP, a dor é considerada uma experiência sensitiva e emocional relacionada a lesões reais ou potenciais que são influenciadas pelos aspectos biológicos, emocionais e culturais das pessoas e, ainda que seja um mecanismo adaptativo das condições fisiológicas de um organismo, pode trazer efeitos adversos à saúde (SRINVASA et al., 2020).

Os profissionais entrevistados conseguiram identificar, em linhas gerais, a definição de dor, bem como enalteceram que ela é subjetiva, angustiante e afeta a saúde das pessoas. Percebeu-se que a valorização do relato verbal de dor proferido pelos pacientes foi levada em consideração pela maioria dos profissionais, sendo lembrada como o quinto sinal vital, porém, determinadas vezes, não registrada em prontuário, conforme evidencia-se nos relatos abaixo.

“Dor é um dos sinais vitais, o quinto para ser exato. O problema é que acabo esquecendo de registrar no sistema do paciente.” (AE3)

“Dor é um sinal subjetivo. Pode ser considerado um quinto sinal vital, mas digo que acabo não registrando no sistema.” (TE 9)

O entendimento desse conceito auxilia que a dor seja corretamente identificada por esses profissionais durante sua assistência aos clientes, no mesmo momento em que forem verificados os demais sinais vitais de frequência cardíaca e respiratória, temperatura e pressão arterial sistêmica, tendo que ser registrada em prontuário assim

como os sinais descritos, favorecendo que os profissionais levem em consideração as queixas algicas desses indivíduos.

A utilização de escalas mensurativas e avaliativas da dor são primordiais para entendermos a intensidade, fatores positivos ou negativos que influenciam no alívio ou piora do fenômeno doloroso referido pelos pacientes, auxiliando no seu manejo adequado, pois quando a dor é subtratada causa efeitos deletérios ao organismo, tais como elevação da frequência cardíaca e pressão arterial sistêmica, aumento do balanço nitrogenado no organismo, diminuição da saturação de oxigênio periférica, entre outros (RIBEIRO et al., 2020). Ressalta-se que é direito do paciente ter o tratamento adequado de suas dores.

Os profissionais entrevistados relataram conceitos variados sobre as dores agudas e crônicas. A compreensão dessa definição se faz necessária em todo o processo de assistência, já que estas noções encaminham o raciocínio da equipe de enfermagem para a identificação, avaliação e para o manejo correto da dor.

De acordo com Salum et al. (2012), as dores crônicas podem ser pensadas como um sintoma de uma patologia que persiste mesmo após a cura da lesão, ou está relacionada a um processo patológico crônico, sendo cientificamente aceito um período sempre superior a três meses. As dores agudas são consideradas, algumas vezes, um mecanismo adaptativo do organismo, o qual demonstra que algo fisiopatológico, bem como esse tipo de dor está associada a fatores lesivos reais e com duração de menos de três meses. Desse modo, as ponderações dos entrevistados sobre dor crônica seguem abaixo.

“Crônica é uma dor que já existe há mais de 3 meses que tem que tomar remédio continuamente.” (ENF 1)

“Dor crônica pode ser indício de uma doença mais grave, podendo perdurar por anos e até mesmo não ser curada, se repete por meses” AEI

“Crônica não passa com nada exemplo câncer avançado.” (TE 2)

“Crônica é uma dor que sempre irá estar presente mesmo com a administração de medicações.” (TE 4)

“A dor crônica apresenta uma progressão lenta e duração prolongada.”
(AE3)

“Dor crônica é uma dor que não passa, que permanece por longos períodos.”
(TE 5)

“A dor crônica é uma dor que dura por muito tempo, meses ou até anos, muitas vezes associada a doença crônicas.” (ENF 3)

“Dor crônica dor que dura de semanas a anos. A dor pode ser causada por uma inflamação ou disfunção dos nervos.” (TE 12)

“Dor crônica tipo enxaqueca, com medicações certas, logo passa, dor de curta duração.” (TE 7)

Observam-se as distinções entre o conhecimento dos entrevistados, pois enquanto alguns apresentam descrições assertivas sobre a dor crônica, conseguindo relacionar ao período que se apresenta e até citando exemplos de patologias que comumente apresentam a forma crônica da dor, outros não conseguiram descrever o conceito adequado e sequer citaram a cronologia, característica marcante desse tipo de dor.

Evidenciou-se que os alguns profissionais confundiram a dor crônica com a dor aguda ou vice-versa. Isto é preocupante, pois saber diferenciá-las é importante no quesito de ofertar ao paciente o devido tratamento do fenômeno doloroso, envolvendo terapias farmacológicas e não-farmacológicas. Neste sentido, a dor crônica deve ser compreendida como uma dor persistente ou recorrente, com duração acima de três meses, de caráter sensorial e emocional, correlacionada a patologias, na qual a própria dor crônica pode ser considerada uma doença, e não apenas um sintoma (GOMES et al., 2021).

A dor aguda é gerada por uma lesão específica, relacionada à presença de um perigo interno ou externo, sendo definida como um processo fisiológico do corpo, ligada a um mecanismo adaptativo e de defesa, tendo como principal característica a curta duração e a possibilidade de cessamento total após a interrupção da causa. Conforme Leite et al. (2021), a dor aguda possui uma função fundamental protegendo e alertando o ser humano de eventos reais ou potenciais danosos à saúde. Assim, em relação à temática de dor aguda, os profissionais entrevistados relataram os conceitos a seguir.

“Dor aguda é repentina, que resolve no tratamento menor que 3 meses a dor.” (ENF 1)

“Dor aguda pode ser causada por um choque ou corte, desaparecendo quando o corpo se recupera. É intensa e dura pouco tempo.” (AE 1)

“Diferença no tempo de duração, aguda quando a dor desaparece após tratamento e crônica quando se estende por anos e alguns casos não possuem cura.” (TE 1)

“A dor aguda dura um tempo considerado curto, é um sintoma de que o corpo está sendo ferido de alguma forma.” (TE 8)

“Dor aguda é aquela que desaparece em curto prazo, com ou sem tratamento.” (ENF 2)

“A dor aguda é intensa e dura um tempo relativamente curto.” (AE 3)

“A dor aguda é uma dor recente menos de 3 meses.” (TE 9)

“Dor aguda é a sensação que você sente assim que sofre uma lesão como fratura, cortes ou quedas.” (TE 12)

“A dor aguda é uma dor intensa e de rápida duração que diminui com o passar dos dias.” (ENF 3)

“Dor aguda indica a ocorrência de alguns ferimentos ou machucados específicos no corpo (cortes, cirurgias, fraturas).” (TE 6)

Constatou-se que os profissionais da equipe de enfermagem possuem clareza quanto à definição da dor aguda, conseguindo atingir conceitos quanto ao tempo de ocorrência e exemplificando formas em que ela pode se apresentar, fato que colabora para identificação correta e auxilia o manejo adequado dessa dor. Sabe-se que a dor aguda, quando não avaliada e tratada inadequadamente, pode ocasionar eventos adversos à saúde, observados por manifestações psicofisiológicas, tais como taquicardia, ansiedade, medo, taquipneia, hipertensão, entre outros.

Para o manejo deste processo é necessário que ela seja avaliada e que o tratamento, farmacológico ou não, seja condizente com o limiar, intensidade, local, fatores influenciadores e comorbidades associadas ao fenômeno doloroso descrito pelos pacientes. A avaliação e intervenção da equipe de enfermagem é essencial e capaz de

incluir todos os aspectos através de estratégias dentro da Sistematização de Enfermagem para sanar esta condição (MASCARENHAS et al., 2022).

4.2 AVALIAÇÃO DA DOR NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Nesta categoria foram analisados os dados referentes ao conhecimento dos profissionais quanto à avaliação da dor, pautados na experiência atual deles em relação às formas de avaliação e mensuração da dor, identificando de que maneira esses entrevistados avaliavam-na, quais as escalas utilizadas ou outros métodos mensurativos do fenômeno doloroso.

Nos dias atuais existe uma grande diversidade de escalas de avaliação da dor que podem ser utilizadas em variados momentos, tais métodos mostram qualitativamente e quantitativamente informações a respeito da dor. Diferentemente de outras mensurações, a dor não pode ser mensurada por apenas um instrumento, pois se trata de uma experiência subjetiva e o profissional de saúde deve escolher a escala que mais se adequar à realidade do cliente, possibilitando avaliar corretamente a intensidade, local e fatores positivos e negativos relacionados às queixas algícas (BOTTEGA et al., 2010).

As formas de mensurar a dor são por meio de instrumentos unidimensionais e multidimensionais. Os instrumentos unidimensionais quantificam a intensidade da dor, a exemplo das Escala Numérica de Avaliação (ENA) e a Escala de Faces de Wong-Baker, que são amplamente usadas em hospitais. Os instrumentos multidimensionais avaliam a dor em dimensões culturais, comportamentais, fisiológicas, sensorial e afetiva (FREITAS et al., 2009). Partindo deste pressuposto, os entrevistados foram questionados quanto à forma que utilizavam para avaliar a dor na sua prática assistencial e se poderiam descrever o método que utilizavam ou outros métodos que conheciam, destacando-se os seguintes relatos abaixo.

*“Aplicamos uma escala numérica de dor de modo que uma nota de 0 a 10.”
(TE 12)*

“Numéricas perguntando se o paciente tem dor, onde e na escala de 0 a 10, qual paciente não sente dor e 10 significa dor em seu grau máximo.” (TE 12)

“Por escala numérica (0 a 10), local, avalia possível lesões e categorizar como física ou emocional.” (TE 1)

“Eu utilizo a escala numérica de 0 a 10. Sendo o 0 nenhuma dor ou sem dor e 10 a maior dor do paciente, sempre levo em consideração suas reclamações e relatos sobre a dor. Durante a aferição dos sinais vitais sempre questiono se o paciente sente dor.” (TE 9)

De acordo com as repostas relatadas acima pode-se analisar a ausência de padronização na avaliação da dor, bem como o uso praticamente restrito da Escala Numérica de Avaliação (ENA), ou seja, basicamente a maioria dos profissionais utilizam essa escala para todos os pacientes que prestam assistência, sendo que aqueles que não conseguem respondê-la, muitas vezes, não têm sua dor mensurada adequadamente nem registrada no prontuário eletrônico.

Por ser subjetiva, a descrição da dor relatada pelo paciente traz maior confiabilidade quando comparada à análise de um profissional, considerando-se nestes casos a possibilidade da descrição do fenômeno doloroso. As escalas auxiliam a descrição deste evento resguardando toda a relação subjetiva, entretanto somente o indivíduo pode descrever e relatar a dor que está sentindo e vivenciando, por isso além da aplicação de um instrumento deve-se considerar as queixas relatadas do paciente e sempre trazer este relato ao centro da análise em conjunto ao instrumento escolhido (SKROBIK, 2008 apud BOTTEGA, 2010).

Os profissionais entrevistados citaram a ENA em suas práticas assistenciais, porém ressalta-se que outra escala foi referida, mesmo por alguns poucos profissionais, que foi a Escala de Faces para a avaliação da dor. Essa escala avalia a classificação da intensidade da dor, a qual se faz por meio de um conjunto de cinco expressões faciais, em que a primeira expressão, feliz, equivale a “sem dor” e a última, de tristeza, a “dor máxima” (SOUSA et al., 2022). Identifica-se que os profissionais utilizaram essa escala, no entanto foi evidenciado que a aplicação do instrumento não é realizada de forma correta, conforme relatos abaixo.

“Eu avalio com a escala numérica de 1 a 10, expressão facial e a comunicação como paciente, e considero alterações em outros sinais vitais e expressões faciais.” (TE 5)

“Utilizo a Visual de face de dor, alterações nos sinais vitais, gemência, relato, e a causa da internação diagnóstico.” (ENF 1)

“Avalio através da escala verbal numérica (1 a 10), expressões faciais, linguagem corporal (tensão, rígido, corpo relaxado), sinais vitais.” (TE 6)

“Analiso fazendo o remédio de dor, se não passar a dor, as vezes pode ser excesso de medicação ‘vício’ de morfina as vezes passa, se a dor for persistente daí fazemos mais com o consentimento da enfermeira responsável.” (TE 7)

“Sei que existe a EVA que é uma escala numérica de 0 a 10, onde 10 é a dor máxima suportável, tem outras escalas, porém não lembro.” (ENF 3)

Os depoimentos acima demonstram que os profissionais têm dúvidas quanto à forma correta de uso dos instrumentos avaliativos da dor, em especial a ENA e a Escala de Faces. Percebeu-se que até a nomenclatura da Escala de Faces foi, possivelmente, confundida com a Escala Visual Analógica (EVA) da dor, evidenciado no relato do Enfermeiro 1, bem como mediante o relato do Enfermeiro 3, no qual a EVA foi confundida com a ENA. Segundo Freitas et al. (2009), a EVA consiste em uma linha reta indicando em sua extremidade inicial a marcação “sem dor”, e na extremidade final “pior dor possível”, na qual “0” significa ausência total de dor e “10” o nível de dor máxima suportável pelo paciente.

Houve relato de um profissional que informou que realizava avaliação da dor após a oferta de medicação ao paciente, sendo que se a dor dele não fosse aliviada, eram administrados mais medicamentos, conforme a prescrição médica e autorização do enfermeiro da unidade, ou seja, possivelmente a dor do paciente somente era mensurada após ter recebido medicação para alívio de algia, algo não recomendado. A dor precisa ser avaliada e mensurada no momento da queixa algica e após a oferta do manejo farmacológico ou não-farmacológico prescritos.

É primordial avaliar a dor quando o paciente apresenta suas queixas algicas, a fim de se identificar a intensidade correta e o cliente receber o tratamento adequado da dor. Recomenda-se que o fenômeno doloroso seja mensurado no mesmo momento em que os demais sinais vitais ou todas as vezes que o paciente o relatar. Após a mensuração e avaliação adequada, as terapias farmacológicas e não-farmacológicas entram em ação, favorecendo o alívio da dor.

A diversidade de escalas disponíveis possibilita a escolha daquela que mais se adapte às necessidades do paciente, portanto é imprescindível que os profissionais tenham conhecimento assertivo referente à dor e seus métodos de avaliação e manejo adequados.

Segundo Nascimento (2011), o enfermeiro enquanto líder da equipe de enfermagem possui a função de realizar o processo de enfermagem como instrumento da sistematização de enfermagem que resultará em uma prescrição de enfermagem, esta é um conjunto de medidas individualizadas que norteará toda a assistência dos profissionais que compõem a equipe de enfermagem. É no processo de enfermagem que o enfermeiro deve registrar qual método ele usou para mensurar a dor.

Ainda nesse contexto, as argumentações coletadas abaixo reforçam que em diversos momentos os profissionais se prendem ao uso de apenas uma escala mensurativa da dor, que é a ENA, embora se tenham os mais variados métodos avaliativos na literatura vigente. O registro do método avaliativo da dor possibilita que os profissionais da equipe de enfermagem e da equipe multiprofissional compreendam e direcionem a melhor assistência terapêutica aos pacientes, registrando o local, a intensidade, a duração, condições que causaram piora e melhora e complementar com outras condições apresentadas pelos clientes, buscando favorecer a cessação da algia (ARAÚJO et al., 2015).

“Avalio através de escala numérica e observação de faces de dor e a própria descrição do paciente.” (ENF 2)

“Avalio através da queixa do paciente, quando o paciente não verbaliza analisamos outros sinais de que ele apresenta sudorese, palidez, alterações de pressão arterial.” (ENF 3)

“Quando o paciente pode relatar em escalas de 0 a 10, ou através de sentido ou até a alteração de alguns sinais vitais.” (AE 2)

Conhecer um método avaliativo de dor engloba saber fazer sua aplicação e de igual importância saber interpretar os resultados obtidos na aplicação, nesta linha de raciocínio, os profissionais entrevistados relataram como identificavam a intensidade da dor dos pacientes no momento da assistência de Enfermagem, bem com houve relato de que não sabia descrever a análise da intensidade da dor mediante a escala escolhida na mensuração.

“Visualização da face, gemência, perguntando ao paciente de 0 a 10 qual o grau de dor. Dependendo da patologia, alguma alteração dos sinais vitais.” (ENF 1)

“Escala de 0 a 10, a ausência de dor, 1 a 5 dor fraca, 4 a 6 dor intensidade moderada, 7 a 9 dor forte intensidade, 10 dor intensa insuportável.” (TE 8)

“Escala de intensidade da dor 1 a 3 é dor fraca intensidade, 4 a 6 dor de intensidade moderada, 7 a 9 dor de forte intensidade, 10 dor de intensidade insuportável.” (AE 3)

“Não sei descrever.” (TE 3)

“0 a 5 dor moderada; 5 a 10 dor forte intensa.” (TE 7)

Novamente a Escala Numérica de Avaliação foi a mais citada entre os métodos mensurativos e avaliativos da dor, no entanto é perceptível que a maioria dos entrevistados não souberam classificar corretamente a intensidade de dor mediante à ENA. Ressalta-se que neste tipo de escala, sem dor recebe a nota “0”, dor leve é de “1 a 3”, dor moderada de “4 a 7” e dor intensa de “8 a 10” (FORTUNATO et al., 2013), divergindo dos relatos apresentados, no quais, como exemplo foi citado por um dos entrevistados que a dor moderada é de “0 a 5”. Foi notável a insipiência de conhecimento referente ao uso correto e análise deste método de avaliação do fenômeno doloroso.

Acredita-se que esta escala foi a mais utilizada devido à sua fácil aplicabilidade e conseguir abranger a maioria dos pacientes na prática assistencial, especialmente no ambiente hospitalar e em adultos. Todavia este instrumento possui limitações, como a impossibilidade de ser utilizado em pacientes com deficiência auditiva, déficits cognitivos, períodos de desorientação em tempo e espaço, entre outros. Tais limitações não foram citadas em nenhum dos relatos dos entrevistados.

A mensuração da dor é um incentivo para a formação de um conjunto de iniciativas e atividades de educação para profissionais de saúde, educação em saúde para os pacientes e familiares e de aperfeiçoamento da política administrativa dos hospitais. A mensuração da dor é necessária para assegurar a descoberta da natureza da dor, suas origens e correlatos clínicos, além de instituir um tratamento adequado para o paciente.

A utilização da dor como quinto sinal vital propõe que a equipe multiprofissional de saúde elabore protocolos de atendimento e avaliação voltados para a mensuração da dor, assim como fortaleça a educação continuada e a capacitação dos profissionais em relação à dor. Ressalta-se que para a escolha da escala adequada na mensuração da dor, são consideradas as habilidades comunicativas, cognitivas e físicas dos pacientes.

Entre os membros da equipe multidisciplinar, o enfermeiro exerce um papel relevante no controle, mensuração e avaliação da dor, pois mantém constantemente a

comunicação com os pacientes e investiga suas queixas e informações sobre o fenômeno doloroso, prestando os cuidados necessários para o controle da dor e aperfeiçoando a qualidade da assistência proporcionada ao paciente.

4.3 TEORIA DA RESPOSTA DELIBERATIVA E SUA INFLUÊNCIA NO CONTEXTO DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A DOR

O processo de enfermagem (PE) é um instrumento metodológico que conduz a assistência prestada pelos profissionais de enfermagem, ele é estruturado em cinco etapas: histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem, resultados de enfermagem e a avaliação (CHIAVONE, 2021; COFEN, 2009).

Em sua teoria, Orlando descreve o PE em três elementos, o comportamento do paciente, a reação do enfermeiro e as ações de enfermagem que são destinadas ao benefício do paciente, sendo que nestes elementos não altera a análise de um raciocínio clínico que irá englobar as cinco etapas estabelecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2009).

Para a avaliação da dor entende-se a necessidade de conhecimento prévio por parte da equipe de enfermagem onde ocorrerá por meio de instrumentos ou observações e descrições a avaliação. Sendo que esses meios podem ser usados concomitantemente e corroborar entre si para um resultado próximo ao real nível de dor apresentada pelo paciente.

Orlando pondera que o comportamento do paciente deve ser observado de forma favorável as metas a serem atingidas e deve ser registrada essas percepções. O comportamento pode ser observado através de formas não verbais, manifestações fisiológicas, comportamentos verbalizados e aparência (ORLANDO, 1978).

Apesar dos entrevistados apresentarem falas conflituosas quando se trata na utilização de um todo com instrumento para mensurar a dor, em comum observamos ponderações relatando observação de sinais fisiológicos como a alteração de outros sinais vitais e o comportamento verbal apresentado pelo paciente relatando sua algia.

Como um elemento do processo de enfermagem a observação do comportamento verbal inclui qualquer relato verbal do paciente podendo ser agrupado como comportamento verbal, queixas, pedidos, perguntas, recusas, ordens e outros como

comentários e afirmações. Ressalta-se que a observação e ação a respeito do comportamento do paciente frente à dor é primordial para o manejo adequado de suas queixas algicas (ORLANDO, 1978).

Os profissionais de saúde, em especial os da Enfermagem, devem ouvir e considerar as percepções de dor dos indivíduos que recebem assistência, favorecendo que eles tenham o alívio adequado da dor e evitar os efeitos adversos que ela pode causar. Assim, a avaliação da dor é necessária para que haja integração dos instrumentos mesurativos e a observação de formas comportamentais do paciente, seja ela verbal ou não.

A subjetividade da dor exige da equipe de enfermagem uma análise refinada, individualizada e muito precisa para a mensuração da algia apresentada. No presente estudo observou-se que os profissionais não possuem entendimento para aplicação e interpretação de instrumentos variados para avaliação da dor, entretanto pode-se notar relatos de comunicação questionando o paciente sobre suas queixas algicas. A valorização do relato verbal do paciente é importante no quesito de os profissionais desenvolverem estratégias de manejo da dor e reforçar que os clientes estão sendo ouvidos e seus relatos levados em consideração.

Outro elemento citado por Orlando (1978) é as ações que consistem em tudo que o profissional fizer ou falar a partir da interpretação das observações. Essas ações devem ser baseadas em princípios de proteção e promoção da saúde das pessoas de forma geral e individual, que podem ou não ter a participação do paciente, entretanto sempre que houver uma ação relacionada ao paciente, deve-se ser comunicado a ele ou ao responsável, até para que o planejamento dessas ações envolva a participação do cliente. O enfermeiro pode praticar ações através da instrução, sugestão, orientação, explicação, manipulando o corpo do paciente, administrando medicações, entre outras ações.

Esta etapa do processo de enfermagem corresponde ao momento de manejo da dor na tentativa de alívio e resolução, se fazendo necessário que a equipe de enfermagem tenha consigo a compreensão das formas aguda e crônica da dor e boa interpretação de todos os sinais algicos apresentados até então, para uma aplicação correta de ações resolutivas, respeitando a individualidade e a subjetividade da vivência da dor de cada paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais que compõem a equipe de enfermagem são o maior número de trabalhadores na área da saúde em todos os níveis e instituições que prestam este tipo de serviço, da mesma forma são os que passam maior tempo em contato direto com o paciente durante a assistência possibilitando ampla observação e diversos momentos de contato visual e verbal.

Para se avaliar a dor é fundamental que os enfermeiros tenham consigo conhecimentos teóricos e técnico-científicos utilizados através de uma visão ampla e acolhedora que consiga perceber as reais necessidades do paciente, integrando metodologias reconhecidas, as crenças, queixas e relatos retratados pelo paciente.

A partir do estudo, foi possível identificar que os profissionais não reconhecem variados métodos de mensuração da dor, se prendendo apenas a um método: a END. Este instrumento foi descrito de forma variada entre as equipes e suas limitações não foram citadas, demonstrando uma avaliação ineficaz do fenômeno doloroso, já que a errônea utilização do método anula seu resultado, o qual terá como resposta uma quantificação irreal da dor sentida pelo paciente. Observou-se também o desconhecimento de ferramentas mensurativa adequadas ao estado de saúde de cada paciente.

Quanto à conceituação da dor, a maioria dos profissionais de enfermagem demonstra coerência e raciocínio lógico frente a reconhecê-la como um sinal vital, subjetivo e individualizado, porém foram evidenciados relatos que não reconheceram a dor como sinal vital, bem como não a registraram em prontuário.

Frente a reconhecimento das formas aguda e crônica da dor, a enfermagem demonstrou facilidade no seu entendimento, conseguindo descrever a dor aguda em seus critérios mínimos de apresentação, conseguindo até mesmo correlacionar às patologias que comumente causam a dor aguda. Na descrição da dor crônica, os entrevistados confundiram-se com a dor aguda, no entanto a cronologia do fenômeno doloroso crônico foi citada por alguns enfermeiros para diferenciar dor aguda da crônica.

Alguns profissionais citaram alterações de sinais vitais, expressões faciais de dor, gemência e inquietudes observadas nos pacientes que relatavam queixas de dor. Embora seja subjetiva, a dor está associada a lesões reais ou potenciais que envolvem alterações fisiológicas importantes, quando não tratada adequadamente. O relato verbal de dor

proferido pelos pacientes foi levado em consideração pela maioria dos entrevistados, porém a dor não foi mesurada e avaliada durante todo o momento de assistência por alguns profissionais. Assim, reforça-se a necessidade de adequação por parte da enfermagem frente à avaliação da dor, especialmente como sinal vital.

O estudo demonstrou que os conceitos frente ao tema são de conhecimento destes profissionais, mas as formas avaliativas não são cumpridas totalmente, e caso a dor não seja avaliada e mesurada corretamente, o seu manejo farmacológico e não-farmacológico torna-se inadequado em vários sentidos, sendo a dor ficando subtratada e causando efeitos deletérios à saúde do paciente.

As considerações deste trabalho não esgotam seu assunto, tampouco a temática, sendo sugerido assim novas pesquisas na área. É importante que haja discussão sobre essa temática e que os profissionais conheçam os pontos de partida para se adequarem e atingir níveis de avaliação e conseqüentemente melhoria no manejo da dor. A limitação deste estudo se relaciona à quantidade de profissionais entrevistados, a qual poderia ser maior, pois uma amostra mais robusta poderia corroborar e fortalecer os dados desta pesquisa com outros achados de estudos semelhantes.

Espera-se que os resultados deste estudo tenham utilizações práticas e diretas e catalisem novas reflexões aplicadas a este núcleo específico. Espera-se também que esta pesquisa possa contribuir para orientar o aprendizado dos profissionais de saúde em relação a este sinal vital, permitindo na prática assistencial da enfermagem a compreensão das necessidades de cada paciente de forma a unir a subjetividade da dor a meios metodológicos científicos, garantindo um manejo adequado e aliviando o sofrimento dos indivíduos frente ao fenômeno doloroso.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Darcton Souza de; PINHEIRO, Igor de Matos. Instrumentos multidimensionais validados no Brasil para avaliação da dor na pessoa idosa: revisão narrativa. **BrJP**, v. 2, p. 289-292, 2019. Disponível em:<
<https://www.scielo.br/j/brjp/a/QRjzd6BZqWmVYYkt6xBNbhk/abstract/?lang=pt>>.
 Acesso em: 28 de mai. de 2022.
- ARAÚJO, Lucimeire de Carvalho; ROMERO, Bruna. Dor: avaliação do quinto sinal vital. Uma reflexão teórica. **Rev. Dor**, vol. 16, p. 291-296, 2015. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rdor/a/qntZ6KHfD768mHntKKNw96J/?format=pdf&lang=pt>.
 Acesso em: 10 de out. de 2022.
- ANTUNES, Juliane de Macedo et al. Práticas de enfermagem ao paciente com dor crônica: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, p. 681-687, 2018. Disponível em:<
<https://www.scielo.br/j/ape/a/Kkwz4QK6LgtmZtvSTMPsWXL/?lang=pt> >Acesso em:
 20 de set. de 2022.
- BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. **Lisboa: Edições 70**, 2011. 279 p. ISBN 9788562938047.
- BASTOS, Z. Multidisciplinaridade e Organização das unidades de dor crônica. **Permanyer Portugal**, 2005; páginas 9-12.
- BOTTEGA, Fernanda Hanke; FONTANA, Rosane Teresinha. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 19, p. 283-290, 2010. Disponível em:<
<https://www.scielo.br/j/tce/a/gZNNrNTftvjFWrfWJyvWjRg/abstract/?lang=pt> >Acesso em: 23 de set. de 2022.
- BOUSSO, Regina Szyllit; POLES, Kátia; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. Conceitos e teorias em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 141-145, 2014. Disponível em
 <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/BpDkhRpD4mz5mw39sm6bQkJ/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 28 de out. de 2022.
- CARVALHO, Wilson Andrade; LEMÔNICA, Lino. Mecanismos centrais de transmissão e de modulação da dor. Atualização terapêutica. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, v. 48, n. 3, p. 221-241, 2020. Disponível em:< <https://www.bjan-sba.org/article/5e498c0b0aec5119028b4902/pdf/rba-48-3-221.pdf>>. Acesso em: 26 de ago. de 2022.
- CAVALCANTE Jacqueline Borges, PAGLIUCA Lorita Marlena Freitag, SOARES Enedina. Diagnóstico e intervenção de enfermagem em paciente cirúrgico: aplicação do modelo de Orlando. **Esc. Anna Nery**. 1998;2(1):78-92. Disponível em:<
<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/bde-1009>>. Acesso em: 28 de mai. de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.** In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília; 2009. [citado 2009 out 15]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 15 de nov. de 2022.

CHIAVONE, Flávia Barreto Tavares et al. Tecnologias utilizadas para apoio ao processo de enfermagem: revisão de escopo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/ape/a/Dm6zGKT5k3Sf58pxS7chCDQ/>>. Acesso em: 22 de out. de 2022.

DA SILVA OLIVEIRA, Daniele Senhorinha; DE ARAUJO ROQUE, Vanessa; DOS SANTOS MAIA, Luiz Faustino. A DOR DO PACIENTE ONCOLÓGICO: AS PRINCIPAIS ESCALAS DE MENSURAÇÃO. **Revista Científica de Enfermagem-RECIEN**, v. 9, n. 26, 2019. Disponível em:< <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/192>>Acesso em: 16 de ago. de 2022.

DE BARROS, Johanna Laís Militão Fernandes; NUNES, Natália Abou Hala. Holistic view of nursing care in patients with chronic pain. **Rev Enferm UFPI**, v. 8, n. 2, 2019. Disponível em:< <https://periodicos.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/575>>Acesso em: 17 de set. de 2022.

DESANTANA, Josimari Melo et al. Definição de dor revisada após quatro décadas. **BrJP**, v. 3, p. 197-198, 2020. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/brjp/a/GXc3ZBDRc78PGktrfs3jgFR/?lang=pt>>. Acesso em: 28 de mai. de 2022.

DOS SANTOS, Larissa Christiny Amorim et al. Avaliação da dor neonatal na perspectiva do enfermeiro. **RECISATEC-REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA**, v. 1, n. 5, p. e1552-e1552, 2021. Disponível em:< <https://recisatec.com.br/index.php/recisatec/article/view/52>>Acesso em: 10 de out. de 2022.

FEIN, Alan. Nociceptores: As células que sentem dor, Petrov P. et al. tradutores. Ribeirão Preto - SP: **Dor On Line**; 2011. 106 p. Disponível em:< <http://www.dol.inf.br/Html/LivroNociceptores/Nociceptores.pdf>>. Acesso em: 28 de mai. de 2022.

FERREIRA, Cheila de Sousa Bacelar. Associação entre acuidade tátil, dor, funcionalidade e síndrome da sensibilização central em indivíduos com e sem cervicálgia crônica: um estudo transversal. 2020. 61 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação) - **Universidade Nove de Julho**, São Paulo. Disponível em:< <https://bibliotecatede.uninove.br/handle/tede/2549>>Acesso em: 20 de out. de 2022.

FERREIRA, Sérgio Henrique et al. Dor Inflamatória. In Dor - Princípio e prática. São Paulo: **Artmed**, 2009. Disponível em:<
<https://repositorio.usp.br/item/001779973>>Acesso em: 18 de ago. de 2022.

FLORENCIO, Fernanda Caroline et al. Dor: o olhar dos profissionais de saúde na clínica traumato-ortopédica. **Enfermagem Brasil**, v. 20, n. 4, p. 465-477, 2021. Disponível em:<
<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/4722>> Acesso em: 25 de out. de 2022.

FORTUNATO, Juliana GS et al. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 12, n. 3, 2013. Disponível em:< <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/7538>>Acesso em: 03 de out. de 2022.

FREITAS, Daniel Melecchi de Oliveira; SPADONI, Viviane Souto. A realidade virtual é útil para gerenciamento de pacientes em procedimentos médicos? **Einstein** (São Paulo), v. 17, 2019. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/eins/a/7gPZqT4mqjLNM3Ztcw3VryC/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 16 de abri. de 2022.

GOMES, Paloma; DE LIMA, Fernando Lopes Tavares; DOS SANTOS, Antônio Tadeu Cheriff. Significados da Dor Crônica na Sobrevivência ao Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 67, n. 1, 2021. Disponível em:<
<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1143>>Acesso em: 06 de out. de 2022.

KRAYCHETE, Durval Campos; GOZZANI, Judymara Lauzi; KRAYCHETE, Angiolina Campos. Dor neuropática: aspectos neuroquímicos. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 58, p. 492-505, 2008. Disponível em:<
<https://www.scielo.br/j/rba/a/rp8JYJNFwsC3z3nqVvxCTtj/?lang=pt>>Acesso em: 20 de set. de 2022.

LEITE, Pedro Gomes; FREITAS, Ana Rogéria; RODRIGUES, Gabriela Meira. A atuação da massagem terapêutica no tratamento de dor aguda. **Revista Liberum accessum**, v. 11, n. 1, p. 18-24, 2021. Disponível em:<
<http://revista.liberumaccesum.com.br/index.php/RLA/article/view/121>>Acesso em: 26 de ago. de 2022.

LOPES, Mel; FERNANDES, M. A., PLATEL, I.C.S., MOREIRA M.A.D.M., DUARTE M.C.S., Costa TF. Cuidados paliativos: compreensão de enfermeiros assistenciais. **J Nurs UFPE on line** [Internet]. 2013;7(1):168-75. Disponível em:
http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage_m/index.php/revista/article/view/3737, Acesso em: 26 de out. de 2022.

LOZADA, Gisele; NUNES, Karina da S. **Metodologia científica**. Grupo A, 2019. 9788595029576. Disponível em:
<[https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595029576/.](https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595029576/)> Acesso em: 08 abr. 2022

MAGALHÃES, Paola Alexandria Pinto et al. Percepção dos profissionais de enfermagem frente à identificação, quantificação e tratamento da dor em pacientes de uma unidade de terapia intensiva de trauma. **Revista Dor**, v. 12, n. 3, p. 221-225, 2011. Disponível

em:<<https://www.scielo.br/j/rdor/a/fL8mHnQqgZFZZnQj9gvVwvp/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 28 de mai. de 2022.

MARQUEZ, Jaime Olavo. A dor e os seus aspectos multidimensionais. **Ciência e Cultura**, v. 63, n. 2, p. 28-32, 2011. Disponível em:<

http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=s0009-67252011000200010&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 28 de mai. de 2022.

MARTINEZ, José Eduardo; GRASSI, Daphine Centola; MARQUES, Laura Gasbarro. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 51, p. 304-308, 2011. Disponível em:<

<https://www.scielo.br/j/rbr/a/NLCV93zyjfqB6btxpNRfBzJ/?format=html>>. Acesso em: 28 de mai. de 2022.

MASCARENHAS, Jéssica Andreia Fernandes; DO NASCIMENTO, Carla Alexandra Fernandes. A gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma: Uma revisão integrativa da literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 1, p. 617-626, 2022.

Disponível em:<
<https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/42610>>Acesso em: 26 de set. de 2022.

MENDES, Carina Maria Carmona; MACHADO, Dante Morelli; LINARTEVICHI, Vagner Fagnani. Índice de dor neuropática em pacientes oncológicos e conduta farmacológica. **FAG JOURNAL OF HEALTH (FJH)**, v. 2, n. 4, p. 424-428, 2020.

Disponível em:< <https://fjh.fag.edu.br/index.php/fjh/article/view/264>>Acesso em: 02 de out. de 2022.

MOCCELIN, Jessica Maria et al. A educação continuada como ferramenta de qualificação da equipe de enfermagem perante a avaliação da dor em idosos. **Revista Caderno Pedagógico**, v. 14, n. 2, 2018. Disponível em:<

<http://www.univates.com.br/revistas/index.php/cadped/article/view/1547>>. Acesso em: 28 de mai. de 2022.

MOREIRA, Regina de Souza; SANTANA JUNIOR, Rui Nei de Araújo; POSSO, Maria Belén Salazar. Espiritualidade, enfermagem e dor: uma tríade indissociável. **BrJP**, v. 4, p. 344-352, 2021. Disponível em:<

<https://www.scielo.br/j/brjp/a/GPsLMnwWdYHwccdKTkyjK3v/abstract/?lang=pt>>Acesso em: 19 de abri. de 2022.

NASCIMENTO, Leonel Alves do; KRELING, Maria Clara Giorio Dutra. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, p. 50-54, 2011. Disponível em:<

<https://www.scielo.br/j/ape/a/m9z5DPgnt9qv64WYrZ7Wy6t/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 28 de mai. de 2022.

OLIVEIRA, Maxwell Ferreira de. Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em administração. **CATALÃO-GO 2011**. Disponível em: <https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/567/o/Manual_de_metodologia_cientifica_-_Prof_Maxwell.pdf> Acesso em: 28 de abri. 2022.

ORLANDO. IDA. JEAN. O relacionamento dinâmico enfermeiro/paciente: funções, processo e princípios. Tradução: Alina Maria de Almeida. São Paulo: **EPU/EDUSP**, 1978.110 p.

PEREIRA, Nayara Caroline et al. O efeito da artemisinina no controle da dor nociceptiva, inflamatória aguda e neuropática em ratos. **Tese de mestrado**, 2018. Disponível em:< <http://bdtd.unifal-mg.edu.br:8080/handle/tede/1146>>Acesso em: 23 de set. de 2022.

POWELL, R., Downing, J., Ddungu, H. et al. Antecedente de dor e avaliação da dor. In: Kopf, A. e Patel, N. (Ed.). Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos. Seattle, **IASP Press**, pp. 65-77, 2010. Disponível em:< https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/iasp_guia.pdf>. Acesso em 28 de mai. de 2022.

PRÁ, Luciana Aparecida; PICCOLI, Marister. Enfermagem perioperatória: diagnósticos de enfermagem fundamentados na teoria de Ida Jean Orlando. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, 2004. Disponível em:< <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/813>>. Acesso em: 28 de mai. de 2022.

RIBEIRO, Fabiano Aires et al. Assistência de enfermagem na mensuração da dor crônica em pacientes oncológicos. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, 2020. Disponível em:< <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/download/105/97>>Acesso em: 27 de set. de 2022.

RIGOTTI, Marcelo A.; FERREIRA, Adriano M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arq ciênc saúde**, v. 12, n. 1, p. 50-4, 2005. Disponível em:< https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/Vol-12-1/09%20-%20id%20105.pdf>. Acesso em: 28 de mai. de 2022.

ROCHA B.S., MUNARL D.B., BEZERRA A.L.Q., MELO L.K.A. Enfermeiros coordenadores de equipe do programa saúde da família: perfil profissional. **Rev. Enferm.UERJ**. [Internet]. 2009; 17(2): 229-233. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a16>. Pd. Acesso em: 26 de out. de 2022.

RODRIGUES, Jéssica Luiza Ripani et al. Cuidados de enfermagem no manejo da dor em pacientes adultos e idosos em cuidados paliativos. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, 2020. Disponível em:< <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/download/3680/2544>>Acesso em: 27 de out. de 2022.

SALLUM, Ana Maria Calil; GARCIA, Dayse Maioli; SANCHES, Mariana. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, p. 150-154, 2012. Disponível em:<

<https://www.scielo.br/j/ape/a/9XWXKgJMW7KRdDDxLpZtt/?format=html&lang=pt>
>Acesso em: 27 de out. de 2022.

SILVA Lucas Brandão Araújo, DOMICIANO Diego Souza. Dor nociplástica. **Rev Paul Reumatol.** 2021 abr-jun;20(2):28-38. Disponível em:<
<https://www.reumatologiasp.com.br/artigos/dor-nociplastica/>
>Acesso em: 27 de out. de 2022.

SILVEIRA, Denise Tolfo; CÓRDOVA, Fernanda Peixoto. **Unidade 2 - Pesquisa científica.** in GERHARDT, Tatiana Engel, SILVEIRA, Denise Tolfo UFRGS, 2009. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/213838?locale-attribute=en>>
Acesso em: 03 de abri. de 2022.

SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros et al. Dor: o quinto sinal vital. **Rev Lat-Am Enfermagem.** 2002; volume 10, páginas 446-7. Disponível em:<
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/k49DRq3JDKvVqHt8kBR3BtS/?lang=pt>>. Acesso em:
28 de mai. de 2022.

SOUSA, Martins Rodrigues de; CHAVES, Edna Maria Camelo; TAVARES, Ana Raquel Bezerra Saraiva. Representações sociais dos profissionais de enfermagem sobre a avaliação da dor na criança oncológica. **BrJP**, v. 5, p. 8-13, 2022. Disponível em:<
<https://www.scielo.br/j/brjp/a/LTGHC8Vkj6Z4xKbQWnxwStn/abstract/?lang=pt>>Aces
so em: 16 de out. de 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDO DA DOR, 2010. Disponível em:
<https://sbed.org.br/>, **Página inicial: Publicações.** Acesso em: 25 de mai. de 2022.

SRINIVASA, N. Rajaa et al. Definição revisada de dor pela Associação Internacional para o Estudo da Dor: conceitos, desafios e compromissos. **Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP)**, 2020. Disponível em:<
[https://www.scielo.br/j/brjp/a/GXc3ZBDRc78PGktrfs3jgFR/?lang=pt#:~:text=A%20de
fini%C3%A7%C3%A3o%20revisada%20em%202020,mais%20variadas%20experi%C
3%A7%C3%A3o%20de%20dor%20de%20](https://www.scielo.br/j/brjp/a/GXc3ZBDRc78PGktrfs3jgFR/?lang=pt#:~:text=A%20de%20fini%C3%A7%C3%A3o%20revisada%20em%202020,mais%20variadas%20experi%C3%A7%C3%A3o%20de%20dor%20de%20)>. Acesso em: 28 de mai. de 2022.

SKROBIK, Yoanna. A dor pode ser inevitável; gestão inadequada não é. **Cuidados Críticos**, v. 12, n. 2, pág. 1-2, 2008. Disponível em: <
<https://link.springer.com/article/10.1186/cc6865> >. Acesso em: 23 de set. de 2022.

VARANDAS, Cláudia Maria Brás. Fisiopatologia da dor. 2013. **Tese de Doutorado.** [sn]. Disponível em:<
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4312180/mod_resource/content/1/dor1.pdf>.
Acesso em: 28 de mai. de 2022.

YAMADA, Angela Shiratsu; SIMON, Daniel; DE SOUZA, Alessandra Hübner. Aspectos biológicos e implicações clínicas na dor lombar crônica: uma revisão narrativa. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 10, n. 1, 2022. Disponível em:<
https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/8208>A
cesso em: 26 de out. de 2022.

ZONTA, Jaqueline Brosso; EDUARDO, Aline Helena Appoloni; OKIDO, Aline Cristiane Cavicchioli. Autoconfiança o manejo das intercorrências de saúde na escola inicial e validação de uma escala visual para construção analógica. **Escola Anna Nery**, v. 22, 2018 Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/FnGTnxBNkJcwbyjyKR8Ww8M/abstract/?lang=pt>

Acesso em: 27 de out. de 2022

PORTUGAL, Direção Geral da Saúde. **Normativa 09/2003**. Disponível em <

https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf>

Acesso em: 28 de out. de 2022.

APÊNDICE**APÊNDICE I – ROTEIRO DE ENTREVISTA****CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE
DO ITAJAÍ – UNIDAVI****CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO DA
DOR COMO QUINTO SINAL VITAL**

Nº de ordem (COREN): _____

Nome: _____

Sexo: Masculino Feminino Outros

Faixa de idade: 18 – 28 29 – 39 40 – 50 >50

Categoria do profissional:

Enfermeiro(a) Técnico(a) de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem

Tempo de atuação na área:

Até 1 ano 1 - 3 anos 3 - 5 anos 5 - 10 anos 10 - 15 anos >15anos

1 - O que você entende sobre o conceito de dor?

2 - Poderia nos explicar o seu entendimento sobre a dor como quinto sinal vital?

3 - Poderia nos falar como você avalia a dor em sua prática assistencial?

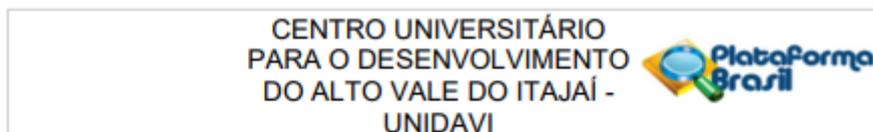
4 - Para a avaliação da dor existem algumas escalas que podem ser utilizadas. Você poderia citá-las?

5 - Descreva as escalas ou qual o método de avaliação da dor que você utiliza em sua prática assistencial.

6 - Poderia nos falar qual o seu conhecimento sobre dor aguda e dor crônica?

ANEXOS

ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO DA DOR COMO QUINTO SINAL VITAL

Pesquisador: AMANDA SANTOS DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59319022.5.0000.5676

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.492.906

Apresentação do Projeto:

Os sinais vitais, são indicadores das funções corporais humanas básicas e fundamentais para a vida, a dor já é pautada como o quinto sinal vital desde o início da década de 2000 e desempenha um papel substancial nas funções físicas e emocionais trazendo impactos em todos os aspectos biopsicossociais. É uma experiência indissociável do ser humano que afeta a qualidade de vida, o seu bem-estar bem como as atividades cotidianas. A dor pode ser classificada segundo a duração e a sua fisiopatologia, assim, existe dor aguda ou crônica. Independentemente da etiologia a dor é vivenciada, como uma experiência subjetiva, sensitiva e emocional desagradável. Sabe-se que existem estruturas relacionadas com a dor como os nociceptores, os diferentes feixes de medula espinal, as fibras sensitivas, o sistema nervoso central e o periférico. A sua avaliação não está relacionada a sua etiologia o profissional de saúde deve realizar de maneira sistemática e metodológica sua mensuração, o profissional da enfermagem ocupa-se de forma direta na assistência a pacientes suscetíveis à dor, possuindo um papel de destaque na possibilidade de observação, mensuração e de manejo da dor, mas no exercício das suas atividades observa-se um grau de indiferença com queixas e sinais algícos em pacientes. Este tema pode trazer transparência na temática possibilitando adaptação e mudança dos profissionais e impactando na qualidade de assistência prestada e na percepção da comunidade quanto ao atendimento que lhe é ofertado. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, realizado

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13
Bairro: JARDIM AMERICA **CEP:** 89.160-932
UF: SC **Município:** RIO DO SUL
Telefone: (47)3531-6026 **E-mail:** etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 5.402.908

com a equipe de enfermagem inseridos na clínica médica de uma instituição hospitalar. A coleta de dados será por meio de um roteiro de entrevista com perguntas subjetivas e dados sociodemográficos. Os dados serão analisados por meio do método de análise de discursos de Bardin, e durante a construção foram elencados quatro tópicos para melhor entendimento e contextualização com o assunto, as discussões serão relacionadas à teoria de enfermagem da resposta profissional disciplinada de Ida Jean Orlando.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Identificar o conhecimento da equipe de enfermagem acerca da avaliação da dor como o quinto sinal vital.

Objetivos Específicos:

- Descrever o significado de dor na concepção da equipe de enfermagem.
- Compreender como a equipe de enfermagem avalia a dor dos pacientes;
- Analisar o conceito de dor aguda e crônica na visão da equipe de enfermagem.

avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa apresenta risco mínimo aos participantes, sendo considerado o risco de constrangimento dos sujeitos durante a coleta de dados, para reduzir o risco, a coleta de dados aconteceu em um lugar privativo e de forma individualizada, garantindo também o sigilo e anonimato de cada participante, respeitando suas opiniões acerca do conteúdo proposto.

Caso ocorra algum tipo de dano emocional aos entrevistados, o mesmo teria a opção de ser amparado no Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia (NEAP) no Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí. Os dados coletados ficarão arquivados por um período de no mínimo 5 anos após a realização da pesquisa sob guarda do pesquisador e orientador da pesquisa.

Benefícios:

Será destacado aos sujeitos da pesquisa que o estudo trará benefícios a nível social, acadêmico e profissional, já que possibilitará reflexões, esclarecimentos e auxiliar na tomada de decisões e condutas da enfermagem acerca do assunto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa importante que traz consistência para profissionais e acadêmicos, visto que a dor é um indicador pode ser um indicar do estado de saúde das pessoas, sendo necessário atenção e

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13	
Bairro: JARDIM AMÉRICA	CEP: 89.160-932
UF: SC	Município: RIO DO SUL
Telefone: (47)3531-6026	E-mail: etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 5.402.908

cuidado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados dentro dos preceitos éticos.

Recomendações:

Sugere-se a publicação dos resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do Exposto e de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012, Resolução CNS nº 510 de 2016 e na Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, o Comitê de Ética - CEP Unidavi manifesta-se pela aprovação sem restrições éticas do protocolo de pesquisa proposto, apto para o início da coleta de dados. Ao término da pesquisa deverá ser submetido o Relatório Final via Plataforma Brasil.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do Exposto e de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012, Resolução CNS nº 510 de 2016 e na Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, o Comitê de Ética - CEP Unidavi manifesta-se pela aprovação sem restrições éticas do protocolo de pesquisa proposto, apto para o início da coleta de dados. Ao término da pesquisa deverá ser submetido o Relatório Final via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1959041.pdf	05/06/2022 20:30:47		Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoTCJorge.pdf	05/06/2022 20:28:50	AMANDA SANTOS DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCCJORGE.docx	01/06/2022 11:06:58	AMANDA SANTOS DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEJORGE.docx	01/06/2022 11:06:41	AMANDA SANTOS DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13
 Bairro: JARDIM AMERICA CEP: 89.160-932
 UF: SC Município: RIO DO SUL
 Telefone: (47)3531-6026 E-mail: etica@unidavi.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI



Continuação do Parecer: 5.492.906

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIO DO SUL, 27 de Junho de 2022

Assinado por:
Fernanda Souza
(Coordenador(a))

ANEXO II - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**DECLARAÇÃO****Hospital Regional do Alto Vale**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal do Hospital Regional do Alto Vale do Itajaí, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: Conhecimento da equipe de enfermagem na avaliação da dor como quinto sinal vital, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas e suas complementares, e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Rio do Sul, 01 de junho de 2022

Leib Fátima Ueri

(Nome e assinatura responsável legal)

ANEXO III – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA



DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como Gerente de Enfermagem da Instituição Hospital Regional Alto Vale, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: Conhecimento da equipe de enfermagem na avaliação da dor como quinto sinal vital, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos. Sabemos que o Hospital Regional do Alto Vale poderá a qualquer fase desta pesquisa retirar esse consentimento. Também foi, pelo (a) pesquisador (a), garantido o sigilo e assegurada a privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

Concordamos que os resultados deste estudo poderão ser apresentados por escrito ou oralmente em congressos e/ou revistas científicas, de maneira totalmente anônima em relação aos nomes dos participantes. Colocamo-nos à disposição para qualquer dúvida que se faça necessária.

Rio do Sul, 01 de junho de 2022

ASSINATURA:  Dele Fatima Van
Gerente de Enfermagem
CNPJ nº 13.991.111/0001-00
NOME: Dele Fatima Van
CARGO: Gerente Enfermagem

CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL

ANEXO IV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)



**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ**

PROPPEX – Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

**CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO DA
DOR COMO QUINTO SINAL VITAL**

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com os responsáveis pela pesquisa. Obrigado (a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, _____, residente e domiciliado _____, portador da Carteira de Identidade, RG nº _____ nascido (a) em ____/____/_____, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário da pesquisa “Conhecimento da equipe de enfermagem na avaliação da dor como quinto sinal vital”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. O objetivo geral identificar o conhecimento da equipe de enfermagem acerca da avaliação da dor como o quinto sinal vital.

2. A pesquisa é importante de ser realizada, pois este estudo possivelmente possibilitará a reflexões acerca da temática seja ela direcionada à sua identificação, avaliação e alívio da dor, trazendo impactos em múltiplas esferas. Desenvolver reflexões sobre a temática pode trazer melhorias nesta compreensão da assistência por parte da sociedade e fomentar nos serviços de saúde a necessidade de alterações da forma em que a dor é avaliada e manejada; os métodos de avaliação e medidas de alívio já são conhecidas e discutidas, a dor já é classificada como quinto sinal vital desde 2000 e ainda é comum observar dificuldades dos serviços de saúde em suprir essa demanda fundamental, as conclusões e resultados do estudo pode mostrar as falhas e acertos do serviço possibilitando adequação da assistência aos pacientes.

3. Participarão da pesquisa os indivíduos que atenderem aos seguintes critérios de inclusão, profissionais de enfermagem atuantes no setor de clínica médica que concordarem em participar da pesquisa e assinarem o TCLE. Quanto aos critérios de exclusão, serão os profissionais que não atuam de maneira fixa no setor, ou seja, se o profissional não faz parte da escala fixa de atribuições diárias do setor, se não concordar em participar da pesquisa, como também não assinar o TCLE.

4. Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa será realizada por meio de: um roteiro de entrevista com perguntas abertas sendo um total de 14 perguntas. Para a validação do instrumento de coleta de dados será realizado teste piloto com 03 profissionais da enfermagem atuantes em outro setor. A duração para responder o questionário é de 15 minutos. O local onde será aplicado o instrumento será dentro da instituição onde o profissional atua, em um local reservado.

5. A pesquisa apresenta risco mínimo, sendo considerado o constrangimento diante das perguntas e respostas, pode-se citar ainda como risco mínimo, ansiedade, timidez e vergonha, ruborização da face, sentimento de impotência. Para isso se existir a possibilidade de o (a) senhor (a) não se sentir confortável com a continuidade da entrevista esta será encerrada neste momento. A fim de minimizar os riscos, será garantido o anonimato e confidencialidade das informações dos participantes que responderem ao questionário, os nomes dos respectivos indivíduos serão substituídos por (enfermeiro(a) 1, enfermeiro(a) 2, técnico de enf 1, auxiliar de enfermagem 1, etc...) e estas pessoas poderão cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento. Garantimos que a sua participação não trará riscos a sua integridade física, podendo

apenas trazer algum desconforto emocional diante da abordagem do tema, advindo da lembrança de aspectos que podem ter sido difíceis, como uma possível sensibilização emocional ocasionada ao pensar sobre questões pessoais; a falta de motivação para participar da pesquisa, cansaço ao responder as questões, investimento de tempo do participante para a realização dela.

6. As reflexões acerca da temática seja ela direcionada a sua identificação, avaliação e alívio da dor trazem impactos em múltiplas esferas. A dor recebe significados culturais pela humanidade, mas há um consenso que a considera desagradável. Ressalta-se que fisicamente a dor traz aos pacientes de área hospitalar impactos na compreensão dos cuidados e serviço de saúde a ele prestados, desenvolver reflexões sobre a temática pode trazer melhorias nestas compreensões da assistência por parte da sociedade e fomentar nos serviços de saúde a necessidade de alterações da forma em que a dor é avaliada e manejada.

7. Se houver algum problema ou necessidade, ou caso haja desconforto a entrevista poderá ser interrompida a fim de procedermos à escuta atenta das razões que o fazem se sentir assim, e só retomaremos a entrevista quando você se sentir a vontade para continuar. O pesquisador se comprometerá a fornecer suporte emocional, mediante a indicação e agendamento de acompanhamento por profissional de saúde na Clínica de Psicologia do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI), no município de Rio do Sul, em Santa Catarina; caso eu sinta qualquer desconforto ou constrangimento que possa estar relacionado à participação na pesquisa. Se eu julgar necessário, a entrevista será interrompida por tempo indeterminado, até me considerar reestabelecido (a) emocionalmente para o término da entrevista.

8. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar a Amanda de Oliveira Schaffer, responsável pela pesquisa no telefone (79) 99805-9808 ou no endereço Rua Vereador Sézar Baldoíno Scheidt, S/N - Centro, Braço do Trombudo – SC, CEP 89.178.000.

9. Caso venha a surgir alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou ainda, no caso da disposição em revogar sua participação, poderá entrar em contato pelos telefones ou e-mails: Amanda de Oliveira Schaffer, e-mail: amanda.santosoliveira@unidavi.edu.br e no telefone (79) 99805-9808; Jorge Deivson

Guedes Camargo no telefone (47) 997920151 e no e-mail: jorge.camargo@unidavi.edu.br.

10. A participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento pelo entrevistado.

11. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo quando desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem-estar físico.

12. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados. Serão utilizados nomes fictícios, respeitando os princípios contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Posteriormente, as informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas.

13. Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa. Os resultados estão disponíveis no site da UNIDAVI, de forma pública e com disponibilidade de acesso a todos os envolvidos.

14. Não receberei nenhum ressarcimento ou indenização para participar desta pesquisa.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar (ou que meu dependente legal participe) desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Rio do Sul, _____ de _____ de 2022.

(Nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Responsável pelo projeto: Amanda de Oliveira Schaffer – Enfermeira – Coren/SC: 497786. Endereço para contato: Rua Vereador Sézar Baldoíno Scheidt, S/N - Centro, Braço do Trombudo – SC, CEP 89.178.000. Telefone para contato: (79) 99805-9808 e e-mail: amanda.santosoliveira@unidavi.edu.br.

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da UNIDAVI. Endereço para contato: Rua Dr. Guilherme Gemballa,13 – Caixa Postal 193 - Centro – 89.160-000 – Rio do Sul - PROPPEX - Telefone para contato: (47) 3531- 6026 e e-mail: etica@unidavi.edu.br.

ANEXO V – TERMO DE COMPROMISSO PARA APOIO PSICOLÓGICO/NEAP



TERMO DE COMPROMISSO, CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA PARA ENCAMINHAMENTO AO APOIO PSICOLÓGICO

Com o objetivo de atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em pesquisa envolvendo Seres Humanos, a psicóloga, de acordo com as suas atribuições legais, declara estar ciente e de acordo com o desenvolvimento nos termos propostos do projeto intitulado: "Conhecimento da equipe de enfermagem na avaliação da dor como quinto sinal vital". Para o desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, os termos de Resolução CONEP/CNS 466/12 e suas complementariedades serão cumpridos, em especial sobre o encaminhamento dos indivíduos da pesquisa para apoio psicológico se necessário caso ocorra algum dano emocional decorrente da pesquisa, poderão ser encaminhados para o Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia (NEAP) – Clínica de Psicologia, considerando os riscos de aplicação do instrumento de coleta.

Rio do Sul, 30 de Maio de 2022

Katia Gonçalves dos Santos

(Assinatura do Psicólogo)

Katia Gonçalves dos Santos
Coordenadora da Clínica
de Psicologia - NEAP
CRP - 12/16641

ANEXO VI – TERMO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS PARA PESQUISA COM SERES HUMANOS



TERMO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS PARA COLETA DE DADOS DE PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares no desenvolvimento do projeto de pesquisa "CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO DA DOR COMO QUINTO SINAL VITAL", cujo objetivo é identificar o conhecimento da equipe de enfermagem acerca da avaliação da dor como o quinto sinal vital, assim como afirmo que os dados descritos no protocolo serão obtidos em absoluto sigilo e utilizados apenas para os fins especificados no protocolo aprovado pelo Comitê de Ética.

Rio do Sul, 26 de maio de 20 22.

Amanda S. de Oliveira
COREN 497786
Enfermeira

Amanda Santos de Oliveira

Nome e assinatura do pesquisador responsável

Jorge D. F. Camargo
Nome e assinatura do pesquisador assistente

ANEXO VII – TERMO DE COMPROMISSO DA EQUIPE DE PESQUISA**TERMO DE COMPROMISSO DA EQUIPE DE PESQUISA**

Nós, abaixo assinados, declaramos que o documento nominado como “Projeto Detalhado” referente ao Projeto de Pesquisa Conhecimento da equipe de enfermagem na avaliação da dor como quinto sinal vital, cujo objetivo é Identificar o conhecimento da equipe de enfermagem acerca da avaliação da dor como o quinto sinal vital., anexado por nós na Plataforma Brasil, possui conteúdo idêntico ao que foi preenchido nos campos disponíveis na própria Plataforma Brasil.

Portanto, para fins de análise pelo Comitê de Ética, a versão do Projeto gerada automaticamente pela Plataforma Brasil no formato “PDF”, intitulada “PB INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO”, terá o conteúdo idêntico à versão do Projeto anexada por nós pesquisadores.

Rio do Sul, 26 de maio de 2022.

Amanda Santos de Oliveira
Amanda S. de Oliveira
COREN 497786
Enfermeira

Nome e assinatura do pesquisador responsável

George D. S. Camargo
Nome e assinatura do pesquisador assistente