

Enferm Bras 2021;20(4):465-477

doi: [10.33233/eb.v20i4.4722](https://doi.org/10.33233/eb.v20i4.4722)

## ARTIGO ORIGINAL

### Dor: o olhar dos profissionais de saúde na clínica traumato-ortopédica

Fernanda Caroline Florêncio\*, Geraldo Vicente Nunes Neto\*\*, Iago Vieira Gomes\*, Ilana Brito Ferraz de Souza\*\*\*, Nataly da Silva Gonçalves\*\*\*, Solange Queiroga Serrano, D.Sc.\*\*\*\*

*\*Enfermeiros, Residência em ortopedia e traumatologia, \*\*Enfermeiro, Residente em UTI, \*\*\*Enfermeiras, Residência em Enfermagem Cirúrgica, \*\*\*\*Enfermeira, Adolescente, Coordenadora Pedagógica do Programa de Residência de Enfermagem UFPE-CAV/HGV*

Recebido em 12 de abril de 2021; Aceito em 26 de agosto de 2021.

**Correspondência:** Fernanda Caroline Florêncio, Rua Iracema de Araújo Freire, 512, Mauricio de Nassau, Caruaru PE

Fernanda Caroline Florêncio: [fernandaflorencio.enf@gmail.com](mailto:fernandaflorencio.enf@gmail.com)  
Geraldo Vicente Nunes Neto: [geraldonunes.enf@gmail.com](mailto:geraldonunes.enf@gmail.com)  
Iago Vieira Gomes: [iagovgomes@hotmail.com](mailto:iagovgomes@hotmail.com)  
Ilana Brito Ferraz de Souza: [ferrazilana@hotmail.com](mailto:ferrazilana@hotmail.com)  
Nataly da Silva Gonçalves: [natalys.goncalves@hotmail.com](mailto:natalys.goncalves@hotmail.com)  
Solange Queiroga Serrano: [solange.queiroga@ufpe.br](mailto:solange.queiroga@ufpe.br)

## Resumo

**Objetivo:** Avaliar a identificação da dor como quinto sinal vital e sua resolubilidade pelos profissionais de saúde na clínica traumato-ortopédica. **Métodos:** Estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, com enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos de uma instituição pública de referência em Pernambuco. Para coletar dados, utilizou-se uma entrevista semiestruturada. Os depoimentos transcritos foram avaliados pela análise de conteúdo, modalidade temática proposta por Bardin. **Resultados:** Quatro enfermeiros, três técnicos de enfermagem e três médicos constituíram a amostra. Quatro categorias emergiram dos depoimentos: 1) dor como quinto sinal vital; 2) identificação e avaliação da dor; 3) tratamento da dor e 4) registro da dor. **Conclusão:** Através do estudo a identificação e reconhecimento da dor como um quinto sinal vital é um fator que contribui para a saúde e qualidade de vida dos pacientes, pois a

valorização do relato verbal do indivíduo e manejo precoce podem minimizar danos secundários a esta sintomatologia.

**Palavras-chave:** dor; traumatologia; medição da dor; equipe de assistência ao paciente.

### Abstract

#### ***Pain: the view of health professionals in trauma-orthopedic clinic***

*Objective:* To evaluate the identification of pain as the fifth vital sign and its resolution by health professionals in the trauma-orthopedic clinic. *Methods:* Descriptive and exploratory study, of qualitative nature, with nurses, nursing technicians and doctors from a public reference institution in Pernambuco. To collect data, a semi-structured interview was used. The transcribed testimonies were evaluated by content analysis, thematic modality proposed by Bardin. *Results:* Four nurses, three nursing technicians and three doctors constituted the sample. Four categories emerged from the statements: 1) pain as the fifth vital sign; 2) identification and assessment of pain; 3) pain treatment and 4) pain record. *Conclusion:* Through the study the identification and recognition of pain as a fifth vital sign is a factor that contributes to the health and quality of life of patients, since the valuation of the individual's verbal report and early management can minimize secondary damages to this symptomatology.

**Keywords:** pain; traumatology; pain measurement; patient care team.

### Resumen

#### ***Dolor: la visión de los profesionales de la salud en clínica de traumatología y ortopedi***

*Objetivo:* Evaluar la identificación del dolor como el quinto signo vital y su resolución por los profesionales en salud. *Métodos:* Estudio descriptivo y exploratorio, de carácter cualitativo, con enfermeros, técnicos de enfermería y médicos de una institución pública de referencia en Pernambuco. Para la recolección de datos, se utilizó una entrevista semiestructurada. Los relatos transcritos fueron evaluados mediante análisis de contenido, modalidad temática propuesta por Bardin. *Resultados:* Cuatro enfermeros, tres técnicos de enfermería y tres médicos constituyeron la muestra. A partir de los datos, cuatro categorías emergieron: 1) dolor como quinto signo vital; 2) identificación y evaluación del dolor; 3) tratamiento del dolor y 4) registro del dolor. *Conclusión:* A través del estudio la identificación y reconocimiento del dolor como quinto signo vital es un factor que contribuye a la salud y calidad de vida de los pacientes, pues la valorización del relato verbal del individuo y el manejo temprano pueden minimizar los daños secundarios a esta sintomatología.

**Palabras-clave:** dolor; traumatología; dimensión del dolor; grupo de atención al paciente.

## Introdução

O trauma tem grande importância a nível mundial por ser uma das principais causas de óbitos e invalidez, que atinge grande parte da população, com maior evidência nos jovens, o que categoriza 80% das causas de morte na adolescência. Pacientes vítimas de trauma sempre apresentam a dor como consequência deste incidente. Essa resposta nociva deve ser controlada e priorizada pela equipe de saúde, mesmo sendo considerada um desafio da assistência [1].

A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável vivenciada pelo indivíduo, que está sujeito a um dano tissular real ou potencial e intimamente associada à sua sobrevivência. Se considera como o primeiro parâmetro de qualquer lesão tecidual, que pode ser iniciado pela sensação corpórea ou do Sistema Nervoso Central (SNC). A sua quantificação e percepção é multidimensional, e varia a cada experiência individual. Por se tratar de um evento subjetivo e pessoal, pode dificultar a sua avaliação e mensuração [2].

Ela demanda uma estimativa precisa e criteriosa, mas se ressalta que não deve ser avaliado apenas o causador da dor, mas também os fatores comportamentais e psicossociais individuais, já que ela pode ultrapassar a dimensão física, como uma experiência subjetiva e complexa que envolve todo um delinear biopsicossocial. Assim, na análise deve se suprimir a dor como fenômeno isolado [3].

Apesar desta complexidade avaliativa, algumas escalas são utilizadas para auxiliar os profissionais de saúde na pontuação da mesma pelo paciente, que identificam a intensidade da dor e viabilizam as intervenções singulares [4,5].

Quantificar, avaliar e tratar a dor é de fundamental importância para diminuir o risco de complicações que podem ser causadas, como as alterações cardiovasculares, retenção hídrica, hiperglicemia, palidez, alteração da coagulação e diminuição da resposta do sistema imunológico [6].

Prestar um cuidado integral ao paciente deve fazer parte do cotidiano de todos os profissionais de saúde, para englobar, inclusive, o tratamento e alívio de aspectos subjetivos como a dor. Nesse sentido, surge a necessidade de capacitação da equipe para adquirir competências e habilidades ao reconhecimento, avaliação, monitorização e possíveis intervenções no seu manejo [7].

Esse reconhecimento e manuseio é primordial na qualidade da assistência em saúde prestada aos usuários que a vivenciam em decorrência de um trauma. Para isso, deve-se enfatizar a importância do não desmerecimento do relato verbal ou de escalas

de dor para que o paciente possa quantificar ou afirmar sua queixa, visto que este sintoma é algo subjetivo e individualizado.

Nesta perspectiva, objetivou-se avaliar a identificação da dor como quinto sinal vital e sua resolutividade pelos profissionais de saúde na clínica traumato-ortopédica.

## Métodos

Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa no qual a equipe de saúde que lidam com pacientes que vivenciam a dor foram questionados com perguntas-chaves para identificar aspectos fundamentais inerentes a assistência do indivíduo com dor. Foram incluídos no estudo médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, de ambos os sexos, que trabalhavam na clínica traumato-ortopédica de uma instituição pública localizada na cidade de Recife/PE. Considerou-se como critério de exclusão os indivíduos que estivessem de férias, licença médica ou maternidade.

Foi realizada uma amostragem aleatória simples, com os profissionais de saúde da clínica traumato-ortopédica. A coleta dos dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada, dividida em duas partes. Na primeira foram coletados os dados referentes aos perfis socioeconômicos, demográficos e laborais dos participantes e, subsequentemente, realizaram-se quatro perguntas norteadoras: 1) Para você qual a importância de tratar a dor?; 2) Como você identifica e avalia a dor do seu paciente?; 3) Como você trata a dor do paciente?; e 4) O que você faz após instituir o tratamento?

As entrevistas ocorreram no período de maio a setembro de 2020, em sala privativa, com média de duração de 30 minutos, registradas em gravador digital e transcritas no mesmo dia para evitar viés de esquecimento. A fidedignidade da informação colhida foi preservada e o anonimato dos profissionais foi mantido a partir da utilização da codificação “E” para os enfermeiros, “T” de técnicos de enfermagem e “M”, médicos, seguido do número referente a ordem da entrevista (E1, E2, E3..., T1, T2, T3 ..., M1, M2, M3 ...).

Os depoimentos foram avaliados de acordo com a análise de conteúdo, modalidade temática transversal, dos quais se extraiu os temas recorrentes de categorizações, de acordo com a classificação de elementos segundo suas semelhanças e pela diferenciação, e, em seguida, pela formação de grupo conforme características semelhantes, comparando-se aos objetivos e tema proposto pelo estudo [8]. Na caracterização da amostra, os dados gerados foram tabulados em uma planilha no Excel, que possibilitou uma melhor interpretação e correlação com o embasamento teórico da revisão de literatura.

O estudo respeitou todos os aspectos éticos em pesquisa, de acordo com a Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, visando à preservação da autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça [9]. Foi submetido à Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) sob o parecer de número 3.959.035 e protocolo CAAE - 29225120.3.0000.5208.

## Resultados e discussão

Dos dez participantes entrevistados, a amostra foi composta por quatro enfermeiros, três técnicos de enfermagem e três médicos. Na primeira etapa, foi constatado os dados referentes ao perfil socioeconômicos, demográficos e laborais dos participantes, conforme tabela I.

Após análise dos depoimentos, foram traçadas quatro categorias temáticas para melhor embasamento teórico dos resultados obtidos através dos discursos dos participantes da entrevista

O alto índice de profissionais que nunca realizou cursos de capacitação sobre a dor, é preocupante, tendo em vista que a qualidade da assistência em saúde prestada à população é diretamente proporcional à gestão da educação na saúde, através da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores [10].

**Tabela I - Perfil socioeconômico, demográfico e laboral dos profissionais de saúde, Recife, PE, 2020**

| Sexo                                    | f  | %    |
|---|----|------|
| Feminino                                | 7  | 70%  |
| Masculino                               | 3  | 30%  |
| <b>Faixa etária</b>                     |    |      |
| 24 a 30 anos                            | 6  | 60%  |
| 50 a 54 anos                            | 4  | 40%  |
| <b>Estado civil</b>                     |    |      |
| Casado                                  | 3  | 30%  |
| Solteiro                                | 5  | 50%  |
| Divorciado                              | 2  | 20%  |
| <b>Tempo de graduação</b>               |    |      |
| 1 a 2 anos                              | 1  | 10%  |
| 2 a 3 anos                              | 2  | 20%  |
| 4 a 5 anos                              | 2  | 20%  |
| 5 a 10 anos                             | 1  | 10%  |
| 10 a 20 anos                            | 2  | 20%  |
| = 30 anos                               | 2  | 20%  |
| <b>Tempo de serviço</b>                 |    |      |
| 1 a 2 anos                              | 3  | 30%  |
| 2 a 3 anos                              | 2  | 20%  |
| 4 a 5 anos                              | 0  | 0%   |
| 5 a 10 anos                             | 1  | 10%  |
| 10 a 20 anos                            | 2  | 20%  |
| = 30 anos                               | 2  | 20%  |
| <b>Tempo no setor</b>                   |    |      |
| até 1 ano                               | 3  | 30%  |
| 1 a 2 anos                              | 3  | 30%  |
| 2 a 3 anos                              | 1  | 10%  |
| 4 a 5 anos                              | 1  | 10%  |
| 5 a 10 anos                             | 1  | 10%  |
| 25 a 30 anos                            | 1  | 10%  |
| <b>Tipo de trabalho</b>                 |    |      |
| Plantão extraordinário                  | 2  | 20%  |
| Servidor público                        | 8  | 80%  |
| <b>Cursos de pós-graduação</b>          |    |      |
| Especialização                          | 5  | 50%  |
| Mestrado                                | 0  | 0%   |
| Doutorado                               | 0  | 0%   |
| Nenhum                                  | 5  | 50%  |
| <b>Curso de capacitação sobre a dor</b> |    |      |
| Sim                                     | 1  | 10%  |
| Não                                     | 9  | 90%  |
| <b>Fornecido pela instituição</b>       |    |      |
| Sim                                     | 0  |      |
| Não                                     | 10 | 100% |
| <b>Reside em</b>                        |    |      |
| Recife                                  | 8  | 80%  |
| Outras cidades                          | 2  | 20%  |
| <b>Renda individual</b>                 |    |      |
| 1-3 salários-mínimos                    | 4  | 40%  |
| 3-5 salários-mínimos                    | 4  | 40%  |
| 5-7 salários-mínimos                    | 1  | 10%  |
| 7-9 salários-mínimos                    | 0  | 0%   |
| > 10 salários-mínimos                   | 1  | 10%  |

### *Dor como quinto sinal vital*

A dor é definida como um quinto sinal vital pelo *Joint Commissions on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), que deve ser priorizada durante a

assistência, para mensurar, localizar e tratar essa sintomatologia, e evitar possíveis alterações de parâmetros de normalidade [6,11].

A maior parte dos entrevistados (60%) referenciou a dor como um quinto sinal vital, porém todos os participantes mencionaram alterações físicas e emocionais associadas a presença da dor:

“Considero a dor como um sinal vital já que ela altera os outros... a pressão, o quadro respiratório...” (T2).

“Ela, para nós como profissional de saúde, é um sinal vital, e uma dor não avaliada, não tratada, pode desencadear toda uma repercussão sistêmica no paciente.” (E3).

“É uma questão que a gente dá muita importância, porque ela afeta tanto o lado físico do paciente quanto mental, até questões das relações desse paciente. Até porque a dor é um quinto sinal vital.” (M1).

As alterações secundárias à persistência da dor podem ser notadas a nível físico e psicossociais, dentro dessas repercussões pode-se destacar a depressão imunológica, insônia, inapetência, diminuição do desempenho ou incapacidade para as atividades de vida diária, ansiedade, medo e depressão [12]. Os participantes deste estudo relataram algumas alterações observadas em pacientes com este sintoma, que corroborou os achados na literatura:

“O paciente que sente dor, altera pressão, a gente vê os sintomas se desencadear por conta da dor.” (T1)

“A partir do momento que o paciente começa a sentir uma dor muito forte, todo o equilíbrio hemodinâmico dele vai estar desestabilizado e nisso vai ocorrer a alteração desses sinais.” (E2)

“Ela afeta tanto o lado físico do paciente quanto mental, até questões das relações desse paciente.” (M1)

Essas alterações são percebidas na prática clínica, quando são notórias as alterações, quer sejam nas dimensões físicas, que são percebidas através dos outros sinais vitais, alterações posturais e no sono, bem como psicossociais, nas quais o paciente expressa o medo, ansiedade e alterações em sua rotina decorrentes da dor.

### *Identificação e avaliação da dor*

A dor pode ser classificada de diversas formas, como aguda que é autolimitada, de fácil diagnóstico e com tempo de sintomatologia previsível; e crônica, que se divide em oncológica ou não que, diferente da forma aguda, tem um tempo de duração indeterminado e não autolimitada, associada a inflamação tecidual persistente [13].

No contexto assistencial ao paciente vítima de trauma, os profissionais de saúde utilizam como forma de identificação da dor as expressões faciais e o relato verbal dos pacientes [1]. A maioria dos entrevistados referem que a expressão facial é observada em pacientes sintomatológicos, expressos em suas falas:

“Bom, quando a gente vai passar a visita ou quando precisa entrar na enfermaria dessa paciente, a gente consegue ver pela fisionomia do paciente ou até pelo relato verbal dele.” (E4)

“Vejo a expressão facial dele, se ele está com dor.” (T2)

“Eu identifico e avalio a dor do meu paciente a partir dos sinais e sintomas que ele me transmite, certo? Por exemplo, os sinais que ele pode apresentar é de queixas, de gestos faciais, de inquietação dele.” (E2)

A avaliação da dor pode ser feita através de escalas unidimensionais e multidimensionais. A autoavaliação do paciente é considerada como o padrão ouro e para isto podem ser utilizadas a Escala Visual Analógica (EVA) e a Numérica da dor. Como essas escalas utilizam o relato do paciente, este deve estar consciente e colaborativo para que esteja apto a fornecer as informações necessárias [14].

A EVA e a escala numérica foram citadas por todos os profissionais incluídos na amostra, pois são as mais utilizadas para mensuração e controle algico nas práticas assistenciais por serem de fácil aplicabilidade [15].

“A gente sempre pergunta ao paciente, na escala de zero a dez, qual a sua dor, ai ele vai dizer qual é a dor.” (T3)

“Uso a escala numérica que diz o nível de dor de zero a dez.” (E4)

“Na própria avaliação da dor a gente usa algumas escalas. A mais comum, a mais simples, que tem uma avaliação boa, é a escala analógica, de 0 a 10; se pede ao paciente estratificar essa dor, onde 0 é quando o paciente não tem dor e 10 aquela dor, vamos dizer assim... a pior dor que ele já sentiu.” (M1)



A EVA tem grande destaque para avaliação da dor, visto que se trata de uma escala simples, sensível, reprodutível e universal, que utiliza o autorrelato através de uma linha reta de 10 cm, onde 0 é a ausência de dor e 10, aquela insuportável. O paciente numera aproximadamente sua intensidade da dor, na qual 0-3 é uma dor de intensidade leve, 4-7 moderada e 8-10 severa [13].

A escala numérica quantifica a dor através de números de 0 (nenhuma dor) a 10 (a pior dor possível), que utiliza a categorização leve (1-4), moderada (5-6) e severa (7-10) [15].

Também existem as escalas multidimensionais nas quais este sinal é medido e avaliado quanto à sua interferência no humor (Escala de Ansiedade e Depressão), nas atividades de vida diárias (Inventário Breve de Dor) e na qualidade de vida do paciente (McGill) [13]. Esta mensuração demandam um tempo maior para análise do sintoma, que pode, desta forma, inviabilizar seu uso na prática clínica, o que corroborou com nossos achados.

### *Tratamento da dor*

Os pacientes traumato-ortopédicos sentem dor devido à lesão tecidual secundária ao trauma. A prescrição de fármacos para os pacientes deve se adaptar a necessidade individual, de acordo com a intensidade, contraindicações e características de cada medicamento. Os principais fármacos utilizados são os anti-inflamatório não esteroides (AINE), analgésicos simples e opioides [16]. O que condiz com a prática clínica dos entrevistados.

“Sempre começa com analgesia simples, usando dipirona, novalgina e vai escalonando. Depende, também, se o paciente é alérgico ou não para a gente vê. Depois da analgesia simples, a gente já passa pra um opioide, ou até mesmo um opioide associado a um analgésico, e depois para uma substância mais forte, chegando até uma Dolantina ou morfina, se necessário.” (M1)

“A gente trata de acordo com a prescrição médica, tipo... se ele tiver uma dipirona, vai se fazer uma dipirona.” (T1)

“Quando a gente sabe que o paciente se encontra com uma dor, que ele comunica, a gente rapidamente vê na prescrição médica, vê a medicação que deve ser dada, se for uma dor fraca, a gente vê uma medicação mais leve, como dipirona; se for uma dor mais forte, a gente muitas vezes já começa com o Tramal.” (E1)

Outra maneira para o manejo do quadro algico do paciente seria o tratamento não farmacológico, através de terapias complementares que pode ser usada associada ao tratamento medicamentoso ou independente dele. Essas técnicas vêm demonstrando eficácia no alívio da dor [17] e foram citadas por dois profissionais assistenciais da nossa casuística:

“Algum desses métodos seria a estimulação elétrica transcutânea, que é o famoso TENS; aromaterapia, que é às vezes com ervas; musicoterapia; alguma técnica de relaxamento que ele pudesse usar, tipo massoterapia.” (E4)

“A gente tem que estratificar essa dor, saber qual é a causa de base dessa dor e daí, partir para o tratamento, que pode ser com medicações. Essa medicação vai ser direcionada ao tipo de dor desse paciente. Pode também fazer fisioterapia, a fisioterapia analgésica, e existem também algumas terapias complementares.” (M1)

O manejo ideal da dor pode ser limitado por barreiras relacionadas ao próprio profissional assistencial, interligadas ao medo, frustração e a falta de segurança e empatia com o cliente. A barreira do cliente que pode apresentar instabilidade clínica ou dificuldade de entender as escalas bem como as limitações organizacionais da instituição mediante processos educacionais fragilizados, alta demanda de pacientes e infraestrutura e organização do serviço [18].

A aplicabilidade de práticas integrativas e complementares nos hospitais é considerada um desafio, visto que nesses cenários existe a predominância do modelo biomédico, que fragmentam e reduzem o ser humano em partes interligadas a um diagnóstico e na sua terapêutica [19].

É notório que o olhar dos profissionais de saúde para o manejo da dor é mais limitado ao tratamento farmacológico, que dispensam medidas simples de conforto, como o reposicionamento do paciente no leito, um apoio emocional ou até mesmo práticas integrativas, que vem em ascendência e que poderiam ser utilizadas no tratamento desta sintomatologia.

### *Registro da dor*

A partir do momento que a dor é definida como um quinto sinal vital, sua avaliação e registro devem seguir a mesma seriedade e rigor de outros sinais vitais, como a pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória e temperatura, e o relato do paciente deve ser sempre valorizado e respeitado, para resultar em uma assistência livre de negligências [20].

Este sintoma deve ser investigado e detalhadamente discriminado quanto a sua localização, tempo de duração, irradiação, intensidade, fatores temporais, situações de agravamento e alívio, limitações funcionais e em atividades de vida diária, além da resposta prévia a medicações [13].

“Depois do tratamento a gente precisa registrar tudo que a gente fez. Então, a gente faz a evolução, registrando (no prontuário) para dar uma continuidade ao tratamento desse paciente.” (E4)

“Geralmente a gente registra assim.... A queixa da dor, onde foi, qual o local e a analgesia que foi usada.” (T1)

“A dor é registrada no prontuário, porque a gente vai escalonando a dor com a evolução do paciente, que aí a gente consegue ver se a dor melhorou, se a dor permaneceu, se a dor aumentou, e aí o tratamento é baseado nesse escalonamento de dor registrado.” (M2)

Todas as intervenções realizadas no paciente devem ser registradas em seu prontuário, que é um meio ético e legal que assegura a realização desta atividade [21]. Além de contribuir na integralidade do cuidado, na comunicação entre profissionais e promoção de cuidados de qualidade [22]. Nesses registros foi evidenciado tanto o relato de presença ou ausência de dor, como o resultado numérico obtido pela aplicação das escalas avaliativas.

Devido à sobrecarga de trabalho dos profissionais inseridos nas clínicas de trauma-ortopedia, o estudo apresentou limitação em relação ao tempo de fala dos entrevistados, visto que eles realizavam respostas rápidas e sucintas para retornarem aos setores.

## Conclusão

Apesar de a dor ser um evento subjetivo e individualizado, a partir do momento que ela é reconhecida pela equipe assistencial como o quinto sinal vital, sua importância se eleva assim como qualquer outro parâmetro fisiológico, o que pode garantir todo um rigor para seu tratamento.

Diante dessa situação, a equipe de saúde deve estar apta para avaliação e manejo da dor ao realizar uma escuta qualificada, pois a autoavaliação do paciente jamais deve ser negligenciada para que sejam identificadas as demandas individuais de cada indivíduo na melhor condução do caso.

**Referências**

1. Magalhães PAP, Alexandria P, Mota FA, Saleh CMR, Dal Secco LM, Fusco SLRG et al. Percepção dos profissionais de enfermagem frente à identificação, quantificação e tratamento da dor em paciente de uma unidade de terapia intensiva de trauma. *Rev Dor* 2011;12(3):221-5. doi: 10.1590/S1806-00132011000300005
2. Silva JA, Ribeiro Filho NP. A dor como um problema psicofísico. *Rev Dor* 2011;12(2):138-51. doi: 10.1590/S1806-00132011000200011
3. Moura CC, Chaves ECL, Salgado SVH, Lunes DH, Ribeiro CRG, Paraizo CMS, et al. Impactos da dor crônica na vida das pessoas e a assistência de enfermagem no processo. *Av Enferm* 2017;35(1):53-62. doi: 10.15446/av.enferm.v35n1.61006.
4. Giannini SPP, Latorre MRDO, Ferreira LP. Questionário condição de produção vocal - professor: comparação entre respostas em escala Likert e em escala visual analógica. *CoDAS* 2016;28(1):53-8. doi: 10.1590/2317-1782/20162015030
5. Teixeira JMF, Durão MC. Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Enf Ref* 2016;4(10):135-42. doi: 10.12707/RIV16026.
6. Xavier AT, Lima MK, Burgos TMR, Lira MCC, Serrano SQ. Avaliação da dor pós-operatória sob a ótica do enfermeiro. *Rev Enferm UFPE* 2018;12(9):2436-41. doi: 10.5205/1981-8963-v12i9a234730p2436-2441-2018
7. Camelo SHH. Professional competences of nurse to work in intensive care units: an integrative review. *Rev Latinoam Enferm* 2012;20(1):192-200. doi: 10.1590/S0104-11692012000100025.
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011. 280p.
9. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* nº 12 13 de junho de 2013 - Seção 1.
10. Oliveira MPR, Menezes IHCF, Sousa LM, Peixoto MRG. Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da atenção primária. *Rev Bras Educ Med* 2016;40(4):547-59. doi: 10.1590/1981-52712015v40n4e02492014
11. Meier AC, Siqueira FA, Pretto CR, Colet CF, Gomes JS, Dezordl CCM, et al. Analysis of intensity, sensory and affective aspects of pain of patients in immediate postoperative care. *Rev Gaúcha Enferm* 2017;38(2):1-8. doi: 10.1590/1983-1447.2017.02.62010
12. Hennermann-Krause L. Dor no fim da vida: Avaliar para tratar. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto* [Internet]. 2012 [cited 2021 Feb 07];11(2):26-31. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8923/6832>
13. Cardoso MGM. Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor. *Manual de cuidados paliativos ANCP* [Internet]. 2012 [cited 2021 Feb 16]. Available from: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf#page=113>.

14. Ferreira N, Miranda C, Leite A, Revés L, Fernandes AP, Freitas PT. Dor e analgesia em doente crítico. *Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca* [Internet]. 2014 [cited 2021 Feb 16];2(2):17-20. Available from: <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/95/59>.
15. Silva ATD, Monteiro TL, Santos LC, Cavalcanti EO. Avaliação e intervenção da enfermagem frente ao paciente com dor crônica. *Rep UNICEPLAC* [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 16]. Available from: <https://dspace.uniceplac.edu.br/handle/123456789/65?mode=full>
16. Galvan C, Paczek RS, Brum BN, Santo DMNE, Tanaka ANSR, Brito DT. A efetividade do tratamento da dor no pós-operatório de cirurgias ortopédicas. *Rev Eletrônica Acervo Saúde* 2020;12(10):1-7. doi: 10.25248/reas.e4875.2020
17. Pinheiro ALU, Roso CC, Zamberlan C, Cherobini MDB, Perrando MS. Avaliação e manejo da dor aguda: revisão integrativa. *J Nurs Health* 2014;4(1):77-89. <https://doi.org/10.15210/JONAH.V4I1.3395>
18. Oliveira PEP, Pereira LV, Santos NR, Souza LAF. A enfermagem no manejo da dor em unidades de atendimento de urgência e emergência. *Rev Eletr Enf* 2016;18:e1171. <http://doi.org/10.5216/ree.v18.37309>
19. Melo SCC, Santana RG, Santos DC, Alvim NAT. Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros. *Rev Bras Enferm* 2013;66(6):840-6. doi: 10.1590/S0034-71672013000600005
20. Queiróz DTG, Carvalho MA, Carvalho GDAC, Santos SR, Moreira AS, Silveira MFA. Dor – 5º sinal vital: conhecimento de enfermeiros. *Rev Enferm UFPE* 2015;9(9)4:7186-92. doi: 10.5205/reuol.7275-62744-1-SM.0904201501
21. Padilha EF, Haddad MCFL, Matsuda LM. Qualidade dos registros de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio da auditoria retrospectiva. *Rev Cogitare Enferm* 2014;19(2):239-245. doi: 10.5380/ce.v19i2.32103
22. Melo LS, Figueiredo LS, Pereira JMV, Flores PVP, Cavalcanti ACD. Efeito do programa educativo na qualidade do registro do Processo de Enfermagem. *Acta Paul Enferm* 2019;32(3):246-53. doi: 10.1590/1982-0194201900034