

Intervenções de enfermagem ao paciente com dor

Nursing interventions to the patient with pain

Marcelo A. Rigotti¹; Adriano M. Ferreira²

¹Acadêmico do curso de graduação em enfermagem da UNIRP; ²Enfermeiro, mestre em enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, doutorando pelo departamento de enfermagem fundamental da Escola de Enfermagem da USP Ribeirão Preto, professor do Centro Universitário de Votuporanga – SP

Resumo A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida das pessoas e refletindo no seu estado físico e psicossocial. A dor é, sem dúvida, uma das mais íntimas e exclusivas sensações experimentadas pelo ser humano, envolve vários componentes sensoriais, afetivos e cognitivos, sociais e comportamentais. Embora uma pessoa consiga sobreviver com dor, ela interfere no seu bem-estar, nas relações sociais e familiares, no desempenho do seu trabalho, influenciando assim a sua qualidade de vida. Portanto, a avaliação da dor se constitui uma premissa na prática do enfermeiro, buscando um cuidado individualizado e dirigindo-se à causa desencadeante da dor a fim de aliviá-la. O objetivo deste artigo de atualização foi descrever a partir da literatura especializada, dados relacionados à avaliação da dor e cuidados de enfermagem ao paciente com dor. Percebe-se, que a dor é um fenômeno subestimado nos pacientes e neste sentido a educação em enfermagem necessita repensar a formação do enfermeiro.

Palavras-chave Dor, Avaliação da Dor, Assistência ao Paciente, Cuidados de Enfermagem, Relações Enfermeiro-Paciente, Prática Profissional.

Abstract Pain is one of the main causes of human suffering, affecting people's quality of life and reflecting in their physical and psychosocial condition. Pain is one of the more intimate and exclusive sensations experienced by the human being. It involves various sensory, affective, cognitive, social, and behavioral components. Although a person manages to survive with pain, it interferes in his/her welfare, in his/her social and family relationships, in the performance of his/her work, influencing his/her quality of life. Therefore, the evaluation of pain constitutes a premise in nursing practices, by seeking an individualized care and by directing to the triggering cause of pain in order to alleviate it. The objective of this update article was to investigate from the specialized literature, data related to the evaluation of pain and the nursing care to the patient with pain. We realized that pain is a phenomenon underestimated by the patients and, in this sense nursing education needs to rethink nursing formation.

Keywords Pain, Pain Measurement, Patient Care, Nursing Care, Nurse-Patient Relations, Professional Practice.

INTRODUÇÃO

A agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor descrevem a dor como o quinto sinal vital que deve ser registrado ao mesmo tempo e no mesmo ambiente clínico em que também são avaliados os outros sinais vitais, quais sejam: temperatura, pulso, respiração e pressão arterial⁽¹⁾.

Dor é experiência cotidiana nas instituições de saúde, de trabalho e no domicílio. Em muitos casos, mais do que um sintoma, a dor é a doença em si, e seu controle é o objetivo do tratamento. De sua vivência resultam alterações biológicas, psicossociais e sofrimento. Há prejuízo de sono, do trabalho, da movimentação e deambulação, ocorre alteração do humor, da capacidade de concentração, do relacionamento familiar, da atividade sexual e apreciação pessimista e desesperançada da vida. É um fenômeno

no cuja etiologia e manifestação são multidimensionais, com base teórica advinda de várias ciências. Os aspectos biológicos, emocionais e culturais da experiência dolorosa justificam o uso de intervenções múltiplas, farmacológicas e não – farmacológicas, para o seu alívio⁽²⁾.

A avaliação da experiência dolorosa deve estar apoiada no que se compreende como dor. Dor foi conceituada pela Associação Internacional para Estudos da Dor (IAP) como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões. Cada indivíduo aprende a utilizar este termo através de suas experiências prévias traumática...”⁽³⁾.

Dessa definição depreende-se que a relação entre lesão tecidual e dor não é exclusiva ou direta e que, na experiência dolorosa, aspectos sensitivos, emocionais, cognitivos e socioculturais

estão imbricados de modo indissociável. Depreende-se, ainda, que a dor é sempre uma experiência subjetiva e pessoal e aprendida pela experiência. Esses conceitos são a base para a definição dos domínios e métodos a serem utilizados na avaliação do doente com dor e na seleção das estratégias para o controle da queixa algica⁽³⁾.

A dor pode ser classificada em aguda e crônica, como se segue: *Dor aguda*: está relacionada a afecções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias; há expectativa de desaparecimento após a cura da lesão; a delimitação tempo-espacial é precisa; há respostas neurovegetativas associadas (elevação da pressão arterial, taquicardia, taquipnéia, entre outras); ansiedade e agitação psicomotora são respostas frequentes e têm a função biológica de alertar o organismo sobre a agressão.

Dor crônica: é aquela que persiste após o tempo razoável para a cura de uma lesão ou que está associada a processos patológicos crônicos, que causam dor contínua ou recorrente. Não tem mais a função biológica de alerta, geralmente não há respostas neurovegetativas associadas ao sintoma, é mal delimitada no tempo e no espaço e ansiedade e depressão são respostas frequentemente associadas ao quadro clínico⁽⁴⁾.

Apesar das evidências do impacto da dor nos doentes, ela é subidentificada e subtratada. Em estudo com doentes sentindo dor, observou-se referência de dor em 46% dos doentes no momento da entrevista⁽⁵⁾.

Estudo realizado por Yates e cols⁽⁶⁾ mostrou que 45 a 75% de pacientes hospitalizados têm dor, com intensidade de moderada a severa. Em outra investigação, os mesmos autores, identificaram a prevalência de 78,6% de dor, em 205 pacientes internados, dentre os quais 33,5% com intensa magnitude.

A dor, quando não tratada adequadamente, afeta a qualidade de vida dos doentes e de seus cuidadores em todas as dimensões: físicas, psicológica, social e espiritual⁽⁷⁾.

Em todos os casos, o tratamento deve ser individualizado, de acordo com as necessidades do utente e dirigido, se possível, à causa desencadeante de dor⁽⁸⁾.

O controle da dor deve ser uma preocupação do enfermeiro. A atuação do profissional, de modo independente e colaborativo, compreende a identificação de queixa algica, a caracterização da experiência dolorosa em todos os seus domínios, a aferição das repercussões da dor no funcionamento biológico, emocional e comportamental do indivíduo, a identificação de fatores que contribuam para a melhora ou piora da queixa algica, a seleção de alternativas de tratamento e a verificação da eficácia das terapêuticas implementadas⁽⁹⁾.

Num estudo sobre o conhecimento e atitudes de 120 enfermeiros no manejo da dor verificou-se que, em média, 62% desses profissionais não possuíam conhecimentos suficientes sobre dor e analgesia⁽¹⁰⁾.

Baseado nas evidências descritas acima faz-se necessário conhecer pontos importantes na avaliação do paciente com dor, assim como as condutas de enfermagem necessárias para suprir ou amenizar tal problemática. Este trabalho de atualização buscou atender estas expectativas.

AVALIAÇÃO DA DOR

A experiência dolorosa é um fenômeno individual e, para caracterizá-la, devem ser realizadas avaliações sistemáticas. O registro de tais informações permite que os dados sejam compartilhados entre os diversos plantões e a equipe multiprofissional, possibilitando melhor assistência. A comunicação entre o doente e os profissionais que o atendem é de extrema importância

para compreensão do quadro algico e de seu alívio. No intuito de refinar a expressão dessa experiência e facilitar a comunicação entre doentes e profissionais, foram desenvolvidos instrumentos para a avaliação da dor⁽³⁾.

Os objetivos da avaliação da experiência dolorosa são: determinar os elementos que possam justificar, manter ou exacerbar a dor, sofrimento e a incapacidade, apurar o impacto da dor na vida do indivíduo e verificar a eficácia das intervenções terapêuticas propostas⁽³⁾.

Para entendermos a dor e sermos capazes de aliviá-la no processo da cura, devemos considerá-la em seu contexto mais amplo, que inclui as atitudes e expectativas mentais do paciente, seu sistema de crenças, o apoio emocional da família e dos amigos, e muitas outras circunstâncias. Em vez de lidar com a dor desse modo abrangente, a atual prática médica, atuando dentro de uma limitada estrutura biomédica, tenta reduzir a dor a um indicador de algum distúrbio fisiológico específico. Na maioria das vezes, a dor é tratada por meio da negação e suprimida com analgésicos⁽¹¹⁾.

No entanto, várias atividades de enfermagem podem ser usadas para auxiliar a pessoa que manifesta dor, sendo elas: estabelecer relação com o paciente que sente dor; ensinar ao paciente a resposta da dor; usar a situação paciente-grupo; lidar com outras pessoas que estejam em contato com o paciente; fornecer outros impulsos sensoriais; promover repouso e relaxamento; usar analgesia imaginada; diminuir os estímulos nocivos; utilizar outro auxílio profissional; permanecer com o paciente; explicar que a fonte de estímulos nocivos foi removida ou diminuída e auxiliar na assimilação da experiência com dor⁽¹²⁾.

Balck & Matassarini-Jacobs⁽¹³⁾ afirmam que a interação terapêutica com alguém que apresenta dor pode incluir: (1) a facilitação da expressão dos sentimentos pelo paciente, o que lhe dará uma sensação de que está sendo bem cuidado; (2) oferecimento de apoio, tranquilização e compreensão, que podem aliviar a dor atual ou prevenir a dor futura; (3) ensinar aos pacientes medidas para o alívio da dor.

Avaliações realizadas e registradas sistematicamente podem contribuir para a melhora do manejo do fenômeno doloroso, porém, em nosso meio, poucos são os serviços que se utilizam desses instrumentos. A utilização de instrumentos padronizados para mensurar e avaliar as características da dor tem se mostrado efetiva como estratégia para o registro de dados sobre a dor e analgesia⁽¹⁴⁾.

No entanto, a inexistência desses instrumentos não impede que a dor seja avaliada e registrada. A mensuração das características da dor compreende a identificação dos aspectos relativos ao início da queixa, localização, intensidade, qualidade, frequência, duração, o padrão de instalação dos episódios e a investigação dos fatores de melhora e piora do sintoma. Compreende também investigar as ações implementadas, o alívio obtido com essas terapêuticas e os possíveis efeitos colaterais⁽¹⁵⁻¹⁸⁾.

A aferição da intensidade da dor é fundamental para o planejamento e a verificação da terapia proposta. Deve ser verificada na admissão do doente, após um procedimento doloroso, com o aparecimento de uma nova queixa algica e, rotineiramente, em intervalos regulares, dependendo da natureza e magnitude da dor⁽¹⁹⁾.

Para realizar a avaliação, o enfermeiro terá de fazer uma análise da sua intervenção e, através dela, avaliar a reação do doente às ações de enfermagem que lhe foram executadas e alterá-las, se necessário, pois só assim podemos considerar satisfatória a assistência ao doente, face à problemática da dor⁽²¹⁾.

A mensuração da dor no homem é essencial para a avaliação dos métodos de controle da dor⁽²²⁾.

Para avaliação da dor do paciente, pode-se usar uma grande variedade de escalas unidimensionais para mensurar a intensidade da dor. No entanto, o desafio para o enfermeiro é adaptar cada instrumento à capacidade cognitiva e psicomotora de cada paciente, adulto ou criança, para que os dados subjetivos referidos possam ser traduzidos da forma mais objetiva possível. É importante, utilizar protocolos padronizados para que todos os profissionais avaliem de forma sistemática as experiências dos pacientes⁽²³⁻²⁴⁾.

Vários métodos são utilizados para mensurar a percepção e sensação da dor. Alguns consideram a dor como uma qualidade simples, única e unidimensional que varia apenas em intensidade. São exemplos a Escala Visual Numérica (EVN), graduada de zero a dez, onde zero significa “ausência de dor” e dez, “pior dor imaginável”, e a Escala Visual Analógica (EVA), que consiste de uma linha reta, não numerada, onde uma extremidade corresponde à “ausência de dor”, e a outra a “pior dor imaginável”^(25,1).

ESCALA VERBAL DESCRITIVA

Esta escala, ou escala de avaliações verbais, consiste em uma escolha de três a cinco palavras ordenadas numericamente, descritoras como nenhum, pouco, modesto, moderado ou grave. O número que corresponde à palavra escolhida é usado para determinar a intensidade da sensação dolorosa em nível ordinal. É uma escala pequena, sendo fácil para o paciente marcar e para a enfermeira analisar, bem como aplicável para qualquer tipo de dor clínica.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

Esta escala consiste em uma linha que representa uma qualidade contínua de intensidade e dados verbais – nenhuma dor ou dor máxima. O tamanho da linha pode variar, mas é freqüentemente de 10 cm. Esta escala é mais indicada uma vez que o respondente marca em qualquer ponto na escala, ao contrário da escala verbal descritiva em que deve escolher uma palavra. Sua utilização pode ser muito útil em situações clínicas nas quais se deseja mensurar a intensidade como resultado de um tratamento, sendo fácil de administrar e marcar. Esta escala produz dados nivelados em intervalos, podendo ser usados parâmetros estatísticos na análise.

ESCALA NUMÉRICA

É utilizada para a criança graduar sua dor em intervalos de 0 a 5 ou 0 a 10, onde 0 significa ausência de dor e 5 ou 10 respectivamente significam a pior dor imaginável.

ESCALA DAS FACES

É uma escala que contém seis faces e estas são mostradas à criança. Primeira figura é muito sorridente, e as expressões vão se transformando até chegar à última que é muito triste. As figuras intermediárias mostram graus crescentes de tristeza. A criança escolhe a face que se parece com a sua em situação de dor. A avaliação da queixa dolorosa é reconhecida como um direito de todos os doentes e deve ser investigada em toda internação. O manejo da dor compreende uma abordagem inicial e regular. A avaliação da dor inclui o local, a intensidade, a freqüência, a duração e a qualidade e deve ser registrada em instrumentos para tal finalidade, sendo que para avaliação da intensidade os instrumentos descritos anteriormente poderão ser utilizados.

O CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA O PACIENTE COM DOR

Ao se falar de cuidado deve-se levar em conta que para o mesmo ocorrer se faz necessário um processo interativo onde o profissional cuidador, no caso o enfermeiro, aplique além de sua habilidade técnica, conhecimentos, intuição e, sobretudo, muita sensibilidade para com o indivíduo a ser cuidado. Nesta perspectiva cuidar de alguém com dor não significa apenas realizar técnicas para deixá-lo “confortável”, mas também, mostrar na relação profissional/cliente, interesse, compaixão, afetividade, consideração que têm o intuito de aliviar, confortar, apoiar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer, e torná-lo satisfeito com o seu viver⁽²⁶⁾.

Considera-se que o domínio técnico-científico possa contribuir para uma melhor assistência ao paciente com dor. No entanto, referente a esta temática podemos constatar que há relatos de falhas de conhecimento, crenças e atitudes equivocadas, inadequada avaliação e insuficiente registro sobre dor e analgesia⁽²⁷⁾. A análise dos registros de enfermagem em prontuário de doentes hospitalizados pode propiciar a identificação de problemas relativos ao controle de dor e subsidiar propostas de soluções calcadas na nossa realidade. No entanto pesquisas demonstram que os registros sobre a avaliação da dor são insuficientes e pouco contribuem para o adequado cuidado do paciente com dor⁽²⁸⁾.

O enfermeiro precisa saber quando ocorre a dor e como ela afeta o doente, para poder ajudá-lo. Para isso é necessário utilizar técnicas de comunicação, as quais envolvem, entre outros aspectos, o respeito pela individualidade do doente, o estabelecimento de uma relação empática, o desejo de sentir o mundo desse indivíduo como se fosse nosso e, finalmente, saber escutar e questionar com perguntas simples, e diretas, no sentido de ajudar a compreender a sua dor⁽²⁰⁾.

A observação permite ao enfermeiro verificar aspectos comportamentais do doente que são concretos e observáveis, tais como:

- A existência de dor e suas características em termos de localização, intensidade, descrição (aguda, lancinante, espasmódica, violenta), duração e recorrência;
 - As reações comportamentais do doente à dor: qual a sua expressão facial: se chora; como é que ele a expressa verbalmente; como é que a encara; como reage (tem medo, fica angustiado, irritável, ou com insônias...);
 - Os fatores fisiológicos associados: se manifesta taquicardia, aumento da pressão arterial, taquipnéia, palidez, sudorese ou alteração da tensão muscular.
- Em suma⁽⁸⁾, podemos dizer que, de acordo com a situação, as ações de enfermagem podem englobar diversas técnicas, que podem ser desenvolvidas de forma direta ou indireta através de:
- Aproveitamento de um relacionamento confiante;
 - Criação de um ambiente calmo;
 - Criação de uma sensação de conforto geral;
 - Mudanças de posição;
 - Distração para desviar a sua atenção da dor;
 - Alteração na condução do estímulo;
 - Técnicas de modificação comportamental;
 - Promoção da autoconfiança;
 - Estabelecimento de uma boa comunicação-empatia;
 - Apoio emocional ao doente e família.

Além destas medidas, o enfermeiro pode, no intuito de uniformizar a prática com linguagem específica, após a elaboração do diagnóstico de enfermagem de dor aguda ou crônica, utilizar

Intervenções de Enfermagem (Nursing Intervention Classification -NIC)⁽²⁹⁾, conforme se observa no Quadro 1. Cabe destacar que estas intervenções foram criadas através de

experiências da prática clínica na intenção de uniformizar as ações do enfermeiro junto aos pacientes a seus cuidados, sendo, portanto, uma taxonomia como os diagnósticos de enfermagem.

Quadro 1 – Controle da dor da NIC.

Definição: Alívio ou redução da dor a um nível de conforto que seja aceitável pelo paciente

Atividades:

Realizar um levantamento abrangente da dor de modo a incluir o local, as características, o início/duração, a frequência, a qualidade, a intensidade ou a gravidade da dor e os fatores precipitantes

Observar indicadores não-verbais de desconforto, especialmente em pacientes incapazes de se comunicarem com eficiência

Assegurar ao paciente cuidados precisos de analgesia

Usar estratégias terapêuticas de comunicação para reconhecer a experiência de dor e transmitir aceitação da resposta à dor

Analisar as influências culturais sobre a resposta à dor

Determinar o impacto da experiência de dor sobre a qualidade de vida (p.ex., sono, apetite, atividade, cognição, estado de ânimo, relacionamentos, desempenho profissional e responsabilidade dos papéis)

Avaliar experiências anteriores de dor de modo a incluir a história individual ou familiar de dor crônica ou incapacidade resultante, quando adequado

Avaliar com o paciente e a equipe de cuidados de saúde a eficácia de medidas de controle da dor que tenham sido utilizadas

Auxiliar o paciente e a família a buscar e oferecer apoio

Utilizar método de levantamento desenvolvimentalmente adequado que permita o monitoramento da mudança da dor e que auxilie na identificação dos fatores precipitadores reais e potenciais(p.ex., fluxograma, registro em diário)

Determinar a frequência necessária para fazer um levantamento de conforto do paciente e implementar um plano de monitoramento

Oferecer informações sobre a dor, a saber, suas causas, tempo de duração, e desconfortos antecipados decorrentes de procedimentos

Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto (p.ex., temperatura ambiente, iluminação, ruído)

Reduzir ou eliminar os fatores que precipitem ou aumentem a experiência de dor(p.ex., medo, fadiga, monotonia e falta de informação)

Analisar o desejo do paciente de participar, sua capacidade para participar, suas preferências, o apoio de pessoas significativas quanto ao método e as contra-indicações quando da seleção de uma estratégia de alívio da dor

Selecionar e implementar uma variedade de medidas (p.ex., farmacológica, não-farmacológicas, interpessoais) para facilitar o alívio da dor, quando adequado

Analisar o tipo e a fonte da dor ao selecionar uma estratégia para seu alívio

Encorajar o paciente a monitorar a própria dor e a interferir adequadamente

Ensinar o uso de técnicas não-farmacológicas (p.ex., biofeedback, hipnose, relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, diversão, terapia de jogos, terapia de atividades, acupressão, aplicação de calor/frio e massagem), antes, após e, se possível, durante atividades dolorosas, antes que a dor ocorra ou aumente e junto com outras medidas de alívio de dor

Colaborar com o paciente, com as pessoas significativas e com outros profissionais da saúde na seleção e implementação de medidas não-farmacológicas de alívio da dor, quando adequado

Oferecer alívio com os analgésicos prescritos

Implementar o uso de analgesia controlada pelo paciente (PCA-patient-controlled analgesia), se adequado

Usar as medidas de controle da dor antes que a mesma se agrave

Medicar antes de uma atividade de modo a aumentar a participação, mas avaliar os riscos decorrentes da sedação

Assegurar analgesia pré-tratamento e/ou estratégias não-farmacológicas antes de procedimentos dolorosos

Verificar o nível de desconforto com o paciente, observar as mudanças no registro médico, e informar outros profissionais da saúde que trabalham com o paciente

Avaliar e eficácia das medidas de controle da dor por meio de um levantamento constante da experiência de dor

Instituir e modificar medidas de controle da dor com base na resposta do paciente

Promover o repouso/sono adequados para facilitar o alívio da dor

Encorajar o paciente a discutir sua experiência de dor, quando adequado

Notificar o médico se as medidas não forem bem sucedidas ou se a queixa atual seja uma mudança significativa em relação à experiência anterior de dor do paciente

Informar outros profissionais da saúde/familiares sobre as estratégias não-farmacológicas que estão sendo utilizadas pelo paciente para encorajar abordagens preventivas ao controle da dor

Utilizar uma abordagem multidisciplinar no controle da dor, quando adequado

Analisar encaminhamentos para o paciente para os familiares e para as pessoas significativas a grupos de apoio e a outros recursos, quando adequado

Oferecer informações adequadas para promover o conhecimento da família quanto à resposta à experiência de dor e quanto à própria experiência de dor

Incorporar a família na modalidade de alívio à dor, se possível

Monitorar a satisfação do paciente com o controle da dor, a intervalos específicos

Fonte: McCloskey JC, Bulechek GM, editors. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.

Pode-se notar que são várias as intervenções que o enfermeiro pode implementar ao paciente que sente dor, no entanto, cabe a ele a escolha, através de avaliação clínica e julgamento crítico, das intervenções que melhor atenda as necessidades dos pacientes que sentem dor. Entretanto poderá criar outras intervenções que julgue necessárias ao atendimento do paciente, não necessitando exclusivamente seguir as intervenções descritas anteriormente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro deve exercer seu papel no controle da dor, tem responsabilidade na avaliação diagnóstica, na intervenção e monitorização dos resultados do tratamento, na comunicação das informações sobre a dor do paciente, como membro da equipe de saúde.

Acredita-se que a educação em enfermagem não parece estar preparando enfermeiros para o manejo da dor na área clínica. Para o manejo adequado da dor, os enfermeiros precisam ter o entendimento de cada um de seus componentes e apresenta os seguintes sentimentos como sendo desses profissionais com relação à dor: a dor é um resultado esperado de muitos procedimentos médicos, deste modo, o alívio da dor não necessita ser priorizado; o manejo da dor não é de sua responsabilidade já que são os médicos quem prescrevem as drogas analgésicas⁽²⁶⁾. Talvez o ponto crucial para melhorar o manejo da dor entre enfermeiros seja incentivando cada vez mais o conhecimento teórico e prático, mostrando a importância de uma avaliação desprovida de preconceitos e tabus, utilizando métodos precisos e apropriados para tal avaliação⁽²⁴⁾.

Do ponto de vista do gerenciamento de enfermagem, é importante estabelecer-se o patamar aceitável de dor, em intensidade e em frequência, na instituição, considerando as condições clínicas ou patológicas. Esses parâmetros permitem estabelecer protocolos de assistência em dor e analgesia e propiciar treinamento da equipe no tema, desenvolvimento de instrumento para sua documentação e auditoria sistemática para análise da situação⁽²⁸⁾.

No que diz respeito à documentação, os trabalhos apontam que esse aspecto é problemático, mesmo quando da utilização de instrumentos padronizados para registro. No entanto, registros são formas de comunicação entre as equipes entre os turnos, além de fonte de pesquisas e base para a auditoria. Sua ausência ou baixa qualidade quantitativa e qualitativa compromete a assistência ao doente e, portanto, o aperfeiçoamento dos registros é meta a ser perseguida.

Acredita-se que a adoção de um padrão de avaliação diária do doente, especificamente sobre dor, possa contribuir para o aperfeiçoamento da assistência de enfermagem.

Referências bibliográficas

1. Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. *Rev Latinoam Enfermagem* 2002 maio/jun.; 10(3):446-7
2. Dugas BW. Saúde e doença. In: _____. *Enfermagem prática*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1988. p.3-12.
3. Pimenta CAM, Cruz DALM. Instrumentos para avaliação da dor: o que há de novo em nosso meio. *Arq Bras Neurocir* 1998 mar.;17(1):15-24.
4. Fernandes RA, Salum MJ, Teixeira MB, Lemni RCA, Miura M. Anotações de enfermagem. *Rev Esc Enfermagem USP* 1981;15(1):63-7.
5. Teixeira M J. Fisiopatologia da dor. *Rev Med (São Paulo)* 1995 ago./set.;74(2):55-64.
6. Yates P, Dewar A, Edwards H, Fentiman B, Najman J, Nash R, et al. The

- prevalence and perception of pain amongst hospital in-patients. *J Clin Nurs* 1998 Nov;7(6):521-30.
7. Ferrell BR, Wisdom C, Rhiner M, Alletto J. Pain management as a quality of care outcome. *J Nurs Qual Assur* 1991 Jan.;5(2):50-8.
8. Atkinson LD, Murray ME. A necessidade de evitar a dor. In: _____. *Fundamentos de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara; 1989. p.477-88.
9. Pimenta CAM. Conceitos culturais e a experiência dolorosa. *Rev Esc Enfermagem USP* 1998 ago.;32(2):179-86.
10. Brydon CW, Asbury AJ. Attitudes to pain and pain relief in adult surgical patients. *Anaesthesia* 1996 Mar.;51(3):279-81.
11. Capra F. O Ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix; 1982.
12. McCaffery M, Beebe A. *Pain clinical for nursing practice*. USA: Mosby; 1989.
13. Black JM, Matassarini-Jacobs E, Luckmann e Sorensen. *Enfermagem médico-cirúrgica uma abordagem psicofisiológica*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
14. Faries JE, Mills DS, Goldsmith KW, Phillips KD, Orr J. Systematic pain records and their impact on pain control. A pilot study. *Cancer Nurs* 1991 Dec.;14(6):306-13.
15. Carroll D. Pain assessment. In: _____. *Browsher D. Pain. Management and nursing care*. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1993. p.16-27.
16. Donovan MI. A practical approach to pain assessment. In: *Wattwatson JH, Donovan MI. Pain management. Nursing perspective*. USA: Mosby-Year Book; 1992. p.59-78.
17. Kingdon RT, Stanley KJ, Kizior RJ. *Handbook for pain management*. USA: WB Saunders Company; 1998. Assessment, p. 23-35.
18. Rossato LM. Utilizando instrumentos para avaliação da percepção de dor em pré-escolares face a procedimentos dolorosos. In: *3º Simpósio Internacional da Dor*; 1997; São Paulo. Anais. São Paulo: Centro de Convenções Rebouças; 1997. p.27.
19. Gaston-Johansson F, Fall-Dickson JM. The importance of nursing research design and methods in cancer pain management. *Nurs Clin North Am* 1995;30(4):597-607.
20. Dias AOS et al. Experiência dolorosa. *Servir* 1994 maio/jun.;42(3):145-54.
21. El Hart D et al. *Princípios científicos de enfermagem*. Lisboa: Ed. Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos; 1983. p.771.
22. Turk DC, Malzack R. *Handbook of pain assessment*. USA: The Guildford Press; 1992.
23. Teixeira MJ, Correa CF, Pimenta CAM. *Dor, conceitos gerais*. São Paulo: Limay; 1994.
24. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Avaliação da dor. *Rev Med (São Paulo)* 1997 jan./fev.;76(1 ed. esp.):27-35.
25. Cardoso ROS. *Descritores de dor crônica: um estudo psicofísico [tese]*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2004.
26. Waldow RV. *O cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra-Luzzato; 1998.
27. Silva YB. *Análise dos registros de enfermagem sobre dor e analgesia em doentes hospitalizados [dissertação]*. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001.
28. Ferrell BR, Mc Caffery M, Ropchan R. Pain management as a clinical challenge for nursing administration. *Nurs Outlook* 1992 Nov./Dec.;40(6):263-8.
29. McCloskey JC, Bulechek GM, editores. *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Correspondência:

Marcelo Alessandro Rigotti
Rua Prof. Enjolras Vampre, 240 ap. 22
15091-290 – São José do Rio Preto – SP
Tel.: (17)3227-7563/9776-8676
e-mail: a.amr@ig.com.br