

Knowledge of health professionals about pain and analgesia*

Conhecimento dos profissionais de saúde sobre dor e analgesia

Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro¹, Ilara da Nóbrega Costa², Caíque Jordan Nunes Ribeiro², Mariangela da Silva Nunes¹, Bruno Santos², Josimari Melo DeSantana³

*Recebido da Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil.

DOI 10.5935/1806-0013.20150041

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Pain relief is a basic human right and an ethical issue involving all health professionals. This study aimed at describing what professionals of a multidisciplinary hospital team know about pain and analgesia.

METHODS: This is a descriptive, cross-sectional study with quantitative approach, carried out at the Teaching Hospital of the Federal University of Sergipe. Sample was made up of 33 physicians, 26 nurses, 10 physiotherapists, 8 pharmacists and 5 psychologists. Data collection tool was a self-applied questionnaire encompassing knowledge about definitions and types of pain, evaluation and measurement, pharmacological and non-pharmacological management, and professional qualification in pain. Data were analyzed by simple descriptive statistics and are presented as tables.

RESULTS: Participants of the study were predominantly females (72.0%), young adults (40.2%), with residence as maximum qualification (53.7%). Pain was considered discomfort/unpleasant sensation (46.3%) and chronic pain was defined as a symptom 48.8%). Only one professional reported using multimodal treatment for pain relief. Most professionals stated having acquired knowledge about pain and analgesia after graduation (79.3%) and that they feel the need for specific qualification (70.7%).

CONCLUSION: This study has provided a situational diagnosis of the knowledge of the multiprofessional team of the hospital, showing that there is inconsistency between participants' theoretical basis and their role in handling pain and humanizing assistance.

Keywords: Analgesia, Health, Knowledge, Pain, Pain measurement.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: O alívio da dor é um direito humano básico e uma questão ética que envolve todos os profissionais de saúde. O objetivo deste estudo foi descrever o conhecimento dos profissionais de uma equipe hospitalar multidisciplinar sobre o tema dor e analgesia.

MÉTODOS: Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe. A amostra foi constituída por 33 médicos, 26 enfermeiros, 10 fisioterapeutas, 8 farmacêuticos e 5 psicólogos. O instrumento de coleta de dados foi um questionário autoaplicável que abrangia conhecimentos sobre definições e tipos de dor, avaliação e mensuração, tratamentos farmacológico e não farmacológico, e formação profissional em dor. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva simples e apresentados na forma de tabelas.

RESULTADOS: Os participantes da pesquisa eram predominantemente do gênero feminino (72,0%), adultos jovens (40,2%), possuindo residência como titulação máxima (53,7%). Consideraram que a dor é um incômodo/sensação desagradável (46,3%) e que a dor crônica é um sintoma (48,8%). Apenas um profissional referiu utilizar o tratamento multimodal para o alívio da dor. A maioria dos profissionais afirmaram que adquiriram conhecimento sobre dor e analgesia após a graduação (79,3%) e que sentem necessidade de formação específica (70,7%).

CONCLUSÃO: O presente estudo permitiu a realização de um diagnóstico situacional do conhecimento dos profissionais da equipe multiprofissional do hospital, evidenciando que existe inconsistência entre o embasamento teórico dos participantes da pesquisa e seus papéis no manuseio da dor e assistência humanizada.

Descritores: Analgesia, Conhecimento, Dor, Mensuração da dor, Saúde.

INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável relacionada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em tais termos¹. Pode, ainda, ser definida como o 5º sinal vital para ressaltar a importância da sua mensuração de maneira sistemática, semelhante aos demais sinais vitais^{2,3}.

Estudo recente aponta que ainda são poucos os protocolos de analgesia e que existe desconhecimento por parte de alguns profissionais a respeito dos métodos de mensuração e avaliação da dor⁴. O controle eficaz da dor é, portanto, um dever dos profissionais de saúde, um direito dos pacientes que dela sofrem e um passo fundamental

1. Universidade Federal de Sergipe, Departamento de Enfermagem, Aracaju, SE, Brasil.

2. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil.

3. Universidade Federal de Sergipe, Departamento de Fisioterapia, Aracaju, SE, Brasil.

Apresentado em 11 de fevereiro de 2015.

Aceito para publicação em 03 de agosto de 2015.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro
Av. Cláudio Batista, s/n. Bairro Santo Antônio
49060-108 Aracaju, SE, Brasil.
E-mail: enffer2@gmail.com

para a efetiva humanização e qualidade dos serviços de saúde⁵. A avaliação eficaz da dor possibilita identificar sua natureza e correlações clínicas em função das características emocionais, motivacionais, cognitivas e de personalidade do paciente. O alívio da dor é concebido como um direito humano básico e, portanto, não se trata apenas de uma questão clínica, mas também de uma questão ética que envolve todos os profissionais de saúde. Adicionalmente, a dor não tratada pode afetar adversamente o bem-estar do paciente ou evoluir para um estado de dor persistente gerando ônus financeiros e sociais⁶.

Há a necessidade de que a equipe de saúde seja conhecedora da sua responsabilidade frente ao paciente com queixas de dor e possa identificar as intervenções adequadas para seu alívio, contribuindo para um melhor desfecho clínico e assistência humanizada. Isto posto, questiona-se: qual o conhecimento da equipe multiprofissional de um hospital escola no que tange aos métodos de mensuração, avaliação e tratamento da dor?

Nesse sentido, esta pesquisa se justifica pela necessidade de conhecer o embasamento teórico da equipe multiprofissional no manuseio da dor, visto que questões culturais e práticas baseadas em experiências pessoais pregressas podem exercer influências negativas na avaliação e tratamento do fenômeno doloroso⁶.

O interesse dos autores pela temática associado ao anseio por uma prática humanizada e pautada em princípios científicos para o manuseio da dor impulsionaram o desenvolvimento desta pesquisa que teve por objetivo descrever o conhecimento dos profissionais da equipe multidisciplinar acerca do tema dor e analgesia.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS). Embora seja um hospital escola, campo de prática de disciplinas da graduação de diversos cursos da área de saúde e de residências médicas e multiprofissionais, não dispõe de avaliação sistemática do fenômeno doloroso.

A amostra foi não probabilística, intencional e por conveniência, composta por profissionais de saúde das seguintes categorias: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos e psicólogos. Foram estabelecidos, como critérios de inclusão: atuar na instituição, ter formação profissional de nível superior, aceitar participar da pesquisa após informações fornecidas pelos pesquisadores.

Utilizou-se um questionário autoaplicável, elaborado pelos autores, que continha questões relacionadas a dados sócio-demográficos, acadêmicos e profissionais; conceitos básicos sobre dor; avaliação e mensuração do fenômeno doloroso; tratamentos farmacológicos e não farmacológicos para o alívio da dor; aquisição do conhecimento sobre dor e analgesia. O instrumento de coleta de dados foi preenchido pelos entrevistados sob a supervisão dos pesquisadores.

A coleta de dados ocorreu no ambiente de trabalho dos participantes da pesquisa durante o período de outubro a novembro de 2013.

Análise estatística

Os dados foram armazenados em banco de dados computadorizado no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 16, analisados com base em estatística descritiva simples e apresentados por meio de tabelas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Fafibe, Bebedouro/SP, com parecer nº 0026/2006, respeitando os preceitos éticos preconizados pela Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 82 profissionais de saúde pertencentes ao quadro funcional e aos programas de residência médica e multiprofissional do HU-UFS. Dentre os participantes da pesquisa, 59 (72,0%) eram do gênero feminino, 46 (56,0%) enquadravam-se na faixa etária de 21 a 30 anos de idade, 33 (40,2%) médicos, 29 (35,4%) possuíam mais de 10 anos de graduação, 52 (63,4%) afirmaram ser a residência sua titulação máxima e 44 (53,7%) prestavam assistência somente no hospital escola, dos quais apenas 13 (15,9%) são professores ou preceptores (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra quanto aos dados sócio-demográficos, formação acadêmica e atuação profissional. Aracaju (SE), Brasil, 2013

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Gênero		
Feminino	59	72,0
Masculino	23	28,0
Idade por faixa etária (anos)		
21 a 25	23	28,0
26 a 30	23	28,0
31 a 35	08	9,8
36 a 40	11	13,4
>40	17	20,7
Categoria profissional		
Médico	33	40,2
Enfermeiro	26	31,7
Fisioterapeuta	10	12,2
Farmacêutico	08	9,8
Psicólogo	05	6,1
Tempo de graduação (anos)		
<1	21	24,4
2 a 5	26	31,7
6 a 10	06	7,3
>10	29	35,4
Titulação máxima		
Residência	52	63,4
Especialização	17	20,7
Mestrado	09	11,0
Doutorado	02	2,4
Graduação	02	2,4
Professor/Preceptor		
Não	69	84,1
Sim	13	15,9
Atua em outro serviço		
Não	44	53,7
Sim	38	46,3
Total	82	100,0

No que concerne aos conhecimentos básicos sobre dor, 35,4% definiram-na como um incômodo ou sensação desagradável; 46,3 e 33,0% atribuíram conceitos diversos à dor aguda e crônica, respectivamente. Quando questionados se dor crônica é sintoma ou doença, quase metade da amostra afirmou ser sintoma (48,8%). Quanto à avaliação e mensuração da dor, os profissionais apresentaram desconhecimento em sua diferenciação, visto que 57,3% afirmaram que a avaliação é realizada por meio de escalas (numérica, analógica e descritores verbais) e 63,4% responderam que a mensuração é efetuada por esses mesmos métodos. Vale salientar que 72,7% dos médicos possuem conhecimento equivocado quanto aos métodos utilizados para avaliação do quadro álgico (Tabela 2).

No que diz respeito ao conhecimento sobre o tratamento da dor (Tabela 3), nota-se desconhecimento quanto ao uso dos opioides para o seu tratamento farmacológico, pois apenas 20,7% dos profissionais afirmaram conhecer o seu uso e 12,2% relataram que

os utilizam em sua prática. Em contrapartida, 59,7% conhecem o uso dos anti-inflamatórios não esteroides (AINES) e 42,7% utilizam-nos na assistência. Ressalte-se que apenas um profissional referiu utilizar o tratamento multimodal para manuseio farmacológico da dor. Ademais, verificou-se desconhecimento acerca dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, sendo a acupuntura o método mais mencionado (34,1%).

Quanto à origem e aquisição de conhecimento sobre dor e analgesia (Tabela 4), 65,8% dos participantes referem ter cursado disciplinas que abordassem o tema durante a graduação, sendo as mais frequentemente relatadas: Farmacologia (35,2%), Anestesiologia (18,5%) e Fisiologia (14,8%). A maioria deles afirmou que adquiriu o conhecimento sobre dor e analgesia após a graduação (79,3%) e que sente necessidade de formação específica (70,7%). Por fim, quando questionados sobre os tipos de dores que julgavam ser mais frequentes na população brasileira, a resposta mais prevalente foi cefaleia (40,2%) seguida por lombalgia (20,7%).

Tabela 2. Distribuição dos profissionais quanto a conhecimentos básicos sobre dor. Aracaju (SE), Brasil, 2013

Variáveis	Médico		Enfermeiro		Fisioterapeuta		Psicólogo		Farmacêutico	
	FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)
	n=33		n=26		n=10		n=5		n=8	
Definição da dor										
Incômodo / sensação desagradável	16	48,48	07	26,92	05	50,00	01	20,00	-	-
Experiência subjetiva	02	6,06	07	26,92	-	-	03	60,00	01	12,50
Estímulo nociceptivo	06	18,19	04	15,39	01	10,00	-	-	04	50,00
Outras respostas	09	27,27	08	30,77	04	40,00	01	20,00	03	37,50
Dor aguda										
Incômodo recente / forma abrupta	11	33,33	08	30,77	02	20,00	-	-	-	-
Repentina / súbita não frequente	08	24,24	11	42,31	03	30,00	-	-	01	12,50
Outras respostas	14	42,42	07	26,92	05	50,00	05	100,00	07	87,50
Dor crônica										
Persistente / latente	07	21,20	07	26,92	03	30,00	02	40,00	02	25,00
Incomodo que pode persistir por dias, meses ou anos	12	36,36	05	19,22	01	10,00	-	-	03	37,50
Frequente e constante	02	6,06	05	19,22	03	30,00	02	40,00	01	12,50
Outras respostas	12	36,36	09	34,64	03	30,00	01	20,00	02	25,00
Dor crônica é sintoma ou doença										
Sintoma	15	45,45	15	57,70	03	30,00	03	60,00	04	50,00
Doença	09	27,27	05	19,22	04	40,00	01	20,00	02	25,00
Avaliação da dor										
Escalas (visual analógica, numérica, descritiva)	24	72,72	10	38,47	06	60,00	04	80,00	03	37,50
Anamnese	06	18,18	08	30,77	02	20,00	-	-	-	-
Outras respostas	03	9,09	08	30,77	02	20,00	01	20,00	05	62,50
Mensuração da dor										
Escalas (visual analógica, numérica, descritiva)	23	69,69	18	69,24	08	80,00	-	-	03	37,50
Verbalização do paciente	-	-	02	7,69	-	-	04	80,00	-	-
Anamnese	03	9,09	01	3,85	-	-	-	-	-	-
Outras respostas	07	30,30	05	19,24	02	20,00	01	20,00	05	62,50

FA = frequência absoluta; FR = frequência relativa.

Tabela 3. Distribuição dos profissionais quanto ao conhecimento sobre tratamentos farmacológicos e não farmacológicos da dor. Aracaju (SE), Brasil, 2013

Variáveis	Médico		Enfermeiro		Fisioterapeuta		Psicólogo		Farmacêutico	
	FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)
	n=33		n=26		n=10		n=5		n=8	
Disciplinas sobre dor e analgesia										
Sim	23	69,69	17	65,38	05	50,00	02	40,00	07	87,50
Não	10	30,31	09	34,62	05	50,00	03	60,00	01	12,50
Quais?										
Anestesiologia	10	30,03	-	-	-	-	-	-	-	-
Farmacologia	06	18,18	06	23,07	01	10,00	01	20,00	05	62,05
Fisiologia	-	-	04	15,38	01	10,00	01	20,00	02	25,00
Clínica Médica	04	12,12	05	19,22	-	-	-	-	-	-
Recursos terapêuticos	-	-	-	-	02	20,00	-	-	-	-
Outras	03	9,09	02	7,69	01	10,00	-	-	-	-
Aquisição dos conhecimentos sobre dor e analgesia										
Depois	30	90,90	21	80,77	04	40,00	03	60,00	07	87,50
Antes	01	3,04	03	11,54	04	40,00	01	20,00	-	-
Igualmente	02	6,06	02	7,69	02	20,00	01	20,00	01	12,50
Necessidade de formação específica sobre dor e analgesia										
Sim	24	72,72	17	65,39	08	80,00	03	60,00	06	75,00
Não	09	27,28	09	34,61	02	20,00	02	40,00	02	25,00
Dores mais frequentes na população brasileira										
Cefaleia	13	39,39	11	42,30	04	40,00	02	40,00	03	37,50
Lombalgia	08	24,24	06	23,07	02	20,00	01	20,00	-	-
Abdominal	07	21,21	05	19,25	-	-	-	-	-	-
Musculares	-	-	-	-	-	-	-	-	02	25,00
Pós-operatória	-	-	-	-	-	-	-	-	02	25,00
Articulares	-	-	-	-	02	20,00	-	-	-	-
Outras	05	15,16	04	15,38	02	20,00	02	40,00	01	12,50

FA = frequência absoluta; FR = frequência relativa.

Tabela 4. Distribuição dos profissionais quanto à origem do conhecimento sobre dor e analgesia. Aracaju (SE), Brasil, 2013

Variáveis	Médico		Enfermeiro		Fisioterapeuta		Psicólogo		Farmacêutico	
	FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)
	n=33		n=26		n=10		n=5		n=8	
Disciplinas sobre dor e analgesia										
Sim	23	69,69	17	65,38	05	50,00	02	40,00	07	87,50
Não	10	30,31	09	34,62	05	50,00	03	60,00	01	12,50
Quais?										
Anestesiologia	10	30,03	-	-	-	-	-	-	-	-
Farmacologia	06	18,18	06	23,07	01	10,00	01	20,00	05	62,05
Fisiologia	-	-	04	15,38	01	10,00	01	20,00	02	25,00
Clínica Médica	04	12,12	05	19,22	-	-	-	-	-	-
Recursos Terapêuticos	-	-	-	-	02	20,00	-	-	-	-
Outras	03	9,09	02	7,69	01	10,00	-	-	-	-
Aquisição dos conhecimentos sobre dor e analgesia										
Depois	30	90,90	21	80,77	04	40,00	03	60,00	07	87,50
Antes	01	3,04	03	11,54	04	40,00	01	20,00	-	-
Igualmente	02	6,06	02	7,69	02	20,00	01	20,00	01	12,50

Continua...

Tabela 4. Distribuição dos profissionais quanto à origem do conhecimento sobre dor e analgesia. Aracaju (SE), Brasil, 2013 – continuação

Variáveis	Médico		Enfermeiro		Fisioterapeuta		Psicólogo		Farmacêutico	
	FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)
	n=33		n=26		n=10		n=5		n=8	
Necessidade de formação específica sobre dor e analgesia										
Sim	24	72,72	17	65,39	08	80,00	03	60,00	06	75,00
Não	09	27,28	09	34,61	02	20,00	02	40,00	02	25,00
Dores mais frequentes na população brasileira										
Cefaleia	13	39,39	11	42,30	04	40,00	02	40,00	03	37,50
Lombalgia	08	24,24	06	23,07	02	20,00	01	20,00	-	-
Abdominal	07	21,21	05	19,25	-	-	-	-	-	-
Musculares	-	-	-	-	-	-	-	-	02	25,00
Pós-operatória	-	-	-	-	-	-	-	-	02	25,00
Articulares	-	-	-	-	02	20,00	-	-	-	-
Outras	05	15,16	04	15,38	02	20,00	02	40,00	01	12,50

FA = frequência absoluta; FR = frequência relativa.

DISCUSSÃO

Os resultados revelam que menos de 50% de todas as categorias pesquisadas possuem conceitos compatíveis com o que afirma a *International Association for the Study of Pain* (IASP). A dor sempre é subjetiva e cada indivíduo aprende a utilizar esse termo por meio de suas experiências¹. Ademais, os sujeitos da pesquisa apresentaram concepções errôneas a respeito da dor crônica, visto que não se trata apenas de um sintoma⁷. Sua presença acarreta prejuízos na qualidade de vida dos indivíduos e em suas atividades de vida diária⁷. Esses dados mostram que o desconhecimento desses profissionais sobre os conceitos relacionados à dor pode conferir implicações diretas em seu manuseio.

A avaliação, a mensuração e o registro sistemático do fenômeno doloroso, aliados ao conhecimento adequado sobre dor e analgesia, evitam sofrimento físico e mental dos pacientes e seus familiares e são fundamentais para propiciar a recuperação rápida de pacientes hospitalizados. Avaliação e mensuração são termos utilizados constantemente no contexto da medição da dor. Entretanto, percebeu-se que os participantes deste estudo possuem concepções equivocadas sobre tal tópico, já que boa parte dos profissionais afirmou “avaliar” a dor por meio de escalas unidimensionais. A mensuração refere-se à quantificação da severidade ou intensidade de maneira simples, rápida, não invasiva e válida, a exemplo das escalas unidimensionais⁸. Por outro lado, a avaliação da dor é um processo mais complexo, uma vez que considera outros aspectos da dor, sendo necessário o uso de instrumentos multidimensionais para se obter informações sobre a dor, seu significado e seus efeitos sobre a pessoa⁹.

A avaliação e mensuração adequadas do fenômeno doloroso contribuem com o menor tempo de internação, evitam comorbidades associadas e melhoram a satisfação dos pacientes e familiares. Portanto, é imprescindível que os profissionais da saúde, possuam esse conhecimento, com vistas a subsidiar suas ações e respaldar a prática clínica.

Os analgésicos simples foram os mais citados pelos profissionais quando questionados sobre as estratégias e métodos farmacológicos de alívio da dor. Pesquisa recente afirma que, em alguns casos, por

receio dos seus efeitos adversos mais temidos tais como tolerância e dependência (raras com o uso no tratamento da dor aguda) e a depressão respiratória (fenômeno dose-dependente), os profissionais de saúde ainda são temerosos quanto à administração de opioides potentes². Esse fato contrapõe-se à recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) no que se refere à preconização da escada analgésica, a qual determina que a dor seja tratada de acordo com sua intensidade¹⁰. Os analgésicos simples e AINES possuem características antipiréticas e anti-inflamatórias e aliviam dores leves a moderadas³.

Enfatiza-se que o método de escolha para o tratamento da dor é a terapia de combinação multimodal que se caracteriza por utilizar vários medicamentos com diferentes mecanismos de ação em associação a métodos não farmacológicos para o tratamento da dor¹¹. A combinação de fármacos de diferentes classes é imprescindível no manuseio de dores de diferentes intensidades, tendo em vista que devem ser utilizados todos os recursos disponíveis para o tratamento eficaz da dor.

Notou-se pouco conhecimento dos profissionais sobre o tratamento não farmacológico. De acordo com seus relatos, a equipe ainda utiliza, de forma muito discreta e pouco evidenciada, terapias de baixo custo como compressas, distração, exercícios respiratórios e massagens. Sendo o tratamento não farmacológico atualmente um meio de empoderamento das outras categorias profissionais como a enfermagem, fisioterapia e psicologia, havia uma expectativa positiva quanto à diversidade de conhecimento e à aplicabilidade no campo de trabalho. Percebeu-se que existe uma necessidade de formação multiprofissional em relação a esses métodos de tratamento da dor. No que diz respeito à formação profissional e aquisição do conhecimento sobre dor e analgesia, a maioria dos profissionais de saúde obteve durante a graduação alguma disciplina que abrangesse o tema, porém esse conhecimento possui déficit mesmo após o exercício profissional. Sendo assim, torna-se necessário que os cursos de graduação da área da saúde articulem as disciplinas de maneira mais estreita à temática dor. Dessa forma, permitir-se-á maior impacto na formação dos profissionais¹² e, por conseguinte, será propiciado manuseio da dor de maneira eficaz. O desenvolvimento do tema

dor de forma estanque e independente, sem elos necessários à compreensão clínica, dificulta o entendimento e resulta na formação de profissionais sem visão integrada desse fenômeno¹². Assim, torna-se necessária a elaboração de propostas de ensino para atenção à dor em sua multidimensionalidade, conforme a IASP tem preconizado o ensino direcionado desde a graduação¹³.

A cefaleia foi mencionada como um dos tipos de dor mais incidentes na população brasileira. Pressupõe-se que é esse o tipo de dor mais frequente no ambiente hospitalar e, portanto, a dor com que mais os profissionais se deparam em seu ambiente de trabalho. Pesquisa que objetivou determinar a prevalência de cefaleia e sua interferência nas atividades de vida diária (AVD) em adolescentes, concluiu que a prevalência da cefaleia foi de 87,7%¹⁴, além do impacto negativo nas AVD. A cefaleia acomete indivíduos de diversas faixas etárias, com prejuízos na qualidade de vida¹⁵. Assim, a cefaleia é considerada a queixa mais prevalente, sendo poucos os indivíduos capazes de afirmar que nunca tiveram, no decorrer de suas existências, um episódio desse tipo de dor¹⁶.

A cefaleia provoca vários prejuízos aos pacientes, como a diminuição da produtividade, altera as relações interpessoais e o humor, além de aumentar a ansiedade. Portanto, a prevenção e tratamento precoces da cefaleia são fundamentais para a redução desses transtornos e, conseqüentemente, proporcionar aos pacientes melhor qualidade de vida.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu a realização de um diagnóstico situacional acerca do conhecimento dos profissionais da equipe multiprofissional do HU-UFS evidenciando que existe inconsistência entre o embasamento teórico dos participantes da pesquisa e seus papéis no manuseio da dor e assistência humanizada.

Adicionalmente, conquanto os profissionais afirmem ter adquirido informações sobre avaliação e manuseio da dor durante a graduação, muitos consideram que a experiência profissional conferiu maior incremento a tal conhecimento. Esse fator pode ser prejudicial à assistência ao passo que as práticas baseadas apenas em experiências, sem respaldo de evidências científicas sólidas, podem perpetuar conceitos

equivocados sobre o tema.

Embora se trate de um hospital escola, a instituição carece de uma comissão especializada em dor. Isto posto, sugere-se a necessidade da elaboração de protocolos institucionais de avaliação sistemática do fenômeno doloroso e analgesia, associados à educação continuada da equipe, bem como o fortalecimento da inserção do tema dor em todo o ciclo da formação acadêmica dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. International Association for Study of Pain (IASP). Consensus development conference statement: the integrated approach to the management of pain. *Accid Emerg Med*. 1994;6(3):291-2.
2. Morone NE, Weiner DK. Pain as the fifth vital sign: exposing the vital need for pain education. *Clin Ther*. 2013;35(11):1728-32.
3. Saça CS, Antero F, Priscila J, Arbuleia S, Souza RC, Alves AS, et al. A dor como 5º sinal vital: atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). *J Health Sci Inst*. 2010;28(1):35-41.
4. Ribeiro Mdo C, Pereira CU, Sallum AM, Alves JA, Albuquerque MF, Fujishima PA. [Knowledge of doctors and nurses on pain in patients undergoing craniotomy]. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012;20(6):1057-63. English, Portuguese, Spanish.
5. Ribeiro NC, Barreto SC, Hora EC, Sousa RM. O enfermeiro no cuidado à vítima de trauma: o quinto sinal vital. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(1):146-52.
6. Nascimento LA, Kreling MC. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(1):50-4.
7. Sallum AM, Garcia DM, Sanches M. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(n esp 1):150-4.
8. Pelegrin AK, Siqueira HB, Garbi MO, Saltarelli S, Sousa FF. Evaluation and measurement of pain in the aging process. *Psychol Neurosci*. 2014;7(3):349-54.
9. Custódio G, Zappellini CE, Trevisol DJ, Schuelter-Trevisol F. Uso de analgésicos no pós-operatório para tratamento da dor em hospital no sul do Brasil. *ACM Arq Catarin Med*. 2009;38(1):75-9.
10. World Health Organization. WHO. Cancer pain relief with a guide to opioid availability. 2nd ed. 1996.
11. Shug AS. Combination analgesia in 2005 - a rational approach: focus on paracetamol-tramadol. *Clin Rheumatol*. 2006;25(Suppl 1):S16-21.
12. Barros FA, Pereira LS, Almeida Neto A. A formação de acadêmicos de enfermagem quanto à percepção da dor em duas instituições de ensino superior. *Rev Dor*. 2011;12(2):131-7.
13. Romanek FA, Avelar M. A multidimensionalidade da dor no ensino de Enfermagem em atendimento pré-hospitalar, às vítimas de trauma. *Rev Dor*. 2012;13(4):350-5.
14. Bahrami P, Zebardast H, Zibaei M, Mohammadzadeh M, Zabandan N. Prevalence and characteristics of headache in Khoramabad, Iran. *Pain Physician*. 2012;15(4):327-32.
15. Lima AS, Araújo RC, Gomes MR, Almeida LR, Souza GF, Cunha SB, et al. Prevalência de cefaleia e sua interferência nas atividades de vida diária em adolescentes escolares do gênero feminino. *Rev Paul Pediatr*. 2014;32(2):256-61.
16. Oliveira AL, Pelógia NC. Cefaleia como principal causa de automedicação entre os profissionais de saúde não prescritores. *Rev Dor*. 2011;12(2):99-103.