

Pain management: evaluation of practices adopted by health professionals of a secondary public hospital

Manuseio da dor: avaliação das práticas utilizadas por profissionais assistenciais de hospital público secundário

Leonel Alves do Nascimento¹, Mariana Guimarães Cardoso², Samuel Andrade de Oliveira², Eliane Quina¹, Denise da Silva Scaneiro Sardinha¹

DOI 10.5935/1806-0013.20160019

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Pain is the primary reason for looking for healthcare services. So, this study aimed at knowing healthcare professionals practices with regard to managing pain in a secondary public hospital of the Northern region of Paraná.

METHODS: This is a descriptive and exploratory study with quantitative approach, carried out from March to May 2015 by means of a semi-structured questionnaire. Participated in the study 112 healthcare professionals (nurses, physicians, physiotherapists and nursing technicians). Data were analyzed by basic descriptive statistics.

RESULTS: Pain was a vital sign for 88.4% of professionals; however only 18.8% have reported having some pain evaluation scale as working material. Pain is always recorded on medical charts by 49.1% of professionals. Difficulties to evaluate pain were reported by 46.4%. With regard to drug administration, 27 (24.2%) professionals have reported having some difficulty to administer drugs to patients. For 48.2%, patients must have moderate pain to receive analgesics. Half professionals have never participated in specific pain training courses and 73.2% have answered that patients lie when reporting pain presence and intensity.

CONCLUSION: Deficiencies which may impair adequate pain management were observed. The lack of specific qualification regarding pain may lead professionals to ineffective approaches, often prolonging patients' distress.

Keywords: Analgesia and pain measurement, Health attitudes and practice, Knowledge, Pain management.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A dor é o principal motivo de procura por atendimento nos serviços de saúde. Dessa forma, este estudo teve como objetivo conhecer as práticas utilizadas por profissionais de saúde em relação ao manuseio da dor em um hospital público de nível secundário do norte do Paraná.

MÉTODOS: Pesquisa descritiva e exploratória com enfoque quantitativo, realizada no período de março a maio de 2015, por meio de um questionário semiestruturado. Participaram do estudo 112 profissionais da área da saúde (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem). Os dados foram analisados utilizando estatísticas descritivas básicas.

RESULTADOS: A dor foi considerada um sinal vital para 88,4% dos profissionais, entretanto apenas 18,8% relataram possuir alguma escala de avaliação da dor como material de trabalho. O registro referente à dor no prontuário sempre é anotado segundo 49,1% dos profissionais. A presença de dificuldades em avaliar a dor foi relatada por 46,4%. Quanto à administração de fármacos, 27 (24,2%) profissionais relataram possuir alguma dificuldade em administrar analgésicos ao paciente. Para 48,2% dos profissionais o paciente deve estar com dor de intensidade moderada para administrar analgésicos. Metade dos profissionais nunca participou de treinamentos específicos em relação à dor e 73,2% responderam que o paciente mente ao informar a presença e intensidade da dor.

CONCLUSÃO: Foram observadas deficiências que podem comprometer o manuseio adequado da dor. A falta de capacitação específica relacionada à dor pode fazer com que o profissional apresente condutas ineficazes, muitas vezes prolongando o sofrimento do paciente.

Descritores: Analgesia e mensuração da dor, Atitudes e prática em saúde, Conhecimentos, Manuseio da dor.

INTRODUÇÃO

Considerada como principal motivo da procura por atendimento aos serviços de saúde, a dor é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões”¹. A dor é um sintoma subjetivo, individual e complexo, constituído por meio de experiências dolorosas prévias e por fenômenos multidimensionais, como aspectos socioculturais e emocionais²⁻⁵.

1. Hospital Dr. Anísio Figueiredo, Londrina, PR, Brasil.

2. Universidade Estadual de Londrina, Departamento de Enfermagem, Londrina, PR, Brasil.

Apresentado em 19 de janeiro de 2016.

Aceito para publicação em 21 de março de 2016.

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

Endereço para correspondência:

Rua Odilon Braga, 199 - Conjunto Sebastião de Melo

86084-600 Londrina, PR, Brasil.

E-mail: leonel_jan@hotmail.com

© Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

Todo paciente tem o direito ao manuseio adequado da dor, além de ser considerado um critério assistencial de qualidade. Quando não tratada, a dor influencia de forma negativa a evolução clínica do paciente, acarretando alterações cardiovasculares, imunológicas, trombolíticas, psicológicas, sociais, alterações do sono ou a sua própria cronificação⁶.

Associações americanas a partir do ano 2000 preconizam que a dor deve ser avaliada de forma padronizada juntamente com os demais sinais vitais; sendo assim estabeleceu-se a dor como quinto sinal vital⁷. Os gestores necessitam incentivar e acompanhar a equipe de saúde em relação à efetiva implantação da dor como sinal vital, visando a um cuidado humanizado ao amenizarem sofrimento muitas vezes controlável⁸.

Quatro ferramentas básicas compõem a avaliação e mensuração das manifestações e percepções da expressão dolorosa, entre elas as escalas numéricas, nominais, analógicas e ilustradas^{3,9}. O autorrelato é o padrão ouro para a avaliação da dor. Nesse quesito, é fundamental que a equipe valorize as queixas de dor para desencadear ações que solucionem as queixas álgicas^{2,10,11}.

No entanto, as dificuldades das equipes em perceber a extensão da dor nos pacientes é um ponto crítico para o controle álgico. O conhecimento limitado em relação à identificação e mensuração da dor, associado à baixa adesão dos gestores das instituições de saúde à avaliação da dor como quinto sinal vital, perpetuam o sofrimento desnecessário e a diminuição da qualidade de vida (QV) das pessoas em estados dolorosos agudos e crônicos⁴.

Esse fato contribui para a subnotificação e o tratamento inadequado da dor apesar dos sistemas de classificação e instrumentos de mensuração existentes. Alguns motivos que dificultam o manuseio da dor estão relacionados à inadequação dos modelos de avaliação nas instituições de saúde, às deficiências relacionadas à formação acadêmica dos profissionais a respeito do manuseio da dor e à negligência em relação ao paciente com sintomas álgicos, acarretando escolhas analgésicas não validadas na literatura e insuficientes para o controle da dor^{12,13}.

A realização desta pesquisa é uma das atividades da Comissão de Manuseio da Dor instituída no hospital em estudo. Essa comissão é formada por equipe multiprofissional e tem como objetivo discutir temas relacionados a avaliação, mensuração e tratamento da dor. A primeira iniciativa da comissão foi conhecer as ações de manuseio da dor adotadas pelos profissionais.

Este estudo teve como objetivo conhecer as práticas utilizadas por profissionais de saúde em relação ao manuseio da dor em um hospital público de nível secundário do norte do Paraná.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com enfoque quantitativo. O estudo foi realizado em um hospital público de nível secundário de um município do Norte do Paraná. A instituição pesquisada possui 117 leitos de internação clínica e cirúrgica, com média mensal de 560 internações e 5.800 atendimentos no pronto-socorro.

Os dados foram coletados no período de março a maio de 2015, por meio de um instrumento semiestruturado. As questões abordadas foram relacionadas à avaliação, mensuração, anotação e manuseio

do paciente com dor e também a aspectos relacionados à veracidade das informações referidas pelos pacientes na avaliação da dor.

Participaram da pesquisa 112 profissionais da área de saúde, dentre eles enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem que atuam nos diversos setores da instituição. Por amostragem simples foram adotados como critérios de inclusão estar em atividade no período da coleta de dados, participar das atividades assistenciais e concordar em fazer parte da pesquisa. Foram excluídos os funcionários que participavam da Comissão de Manuseio da Dor da instituição, visto que essa comissão já tinha sido capacitada em relação ao manuseio da dor.

Para a análise dos dados foram utilizadas estatísticas descritivas básicas, sendo transcritos e tabulados mediante dupla digitação e apresentados na forma de tabelas e figura. Utilizou-se o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CAAE: 39596814.3.0000.5231), parecer 921.128 de 2014, conforme preconizado pela resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta ocorreu após os participantes assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 112 profissionais, dos quais 75 (67%) técnicos de enfermagem, 25 (22,3%) enfermeiros, 4 (3,6%) médicos, 3 (2,7%) fisioterapeutas e 5 (4,5%) não informaram a categoria profissional. A média de idade dos participantes da pesquisa foi 39,7±9,4 anos, variando entre 26 e 68 anos.

O setor de trabalho dos participantes incluiu Pronto-Socorro (50,9%), Enfermaria Clínica e Pediátrica (36,6%), Centro Cirúrgico (3,6%) e outros setores, ou não preencheu (8,9%). Predomínio do gênero feminino (68,8%), técnicos de enfermagem (67%) e período de trabalho diurno (55,4%). A média de atuação como profissional da saúde foi de 12,9±6,8 anos, variando de 4 a 36 anos. Já o tempo médio de trabalho na instituição foi de 5,4±5,0 anos.

A dor é um sinal vital para 99 (88,4%) profissionais, no entanto apenas 20 (18,8%) relataram possuir alguma escala de avaliação da dor como material de trabalho. Em uma escala Likert de 1 (nenhuma importância) a 5 (muito importante) os profissionais pontuaram a importância da avaliação da dor em 4,9 pontos. Nessa mesma escala (1/nenhuma ação e 5/muitas ações), os profissionais pontuaram 1,73, indicando que a instituição realiza poucas ações em relação ao manuseio da dor. A tabela 1 apresenta as considerações relatadas pelos profissionais em relação às práticas realizadas frente ao paciente com dor.

A presença de alguma dificuldade em avaliar a dor foi relatada por 46,4% dos profissionais. Quando questionados sobre o registro referente à dor no prontuário, 55 (49,1%) profissionais responderam que sempre realizam a anotação, 40 (35,7%) na maioria das vezes, 16 (14,3%) algumas vezes e 01 (9%) raramente realiza anotação.

Em relação à capacitação sobre o manuseio da dor, metade dos profissionais nunca receberam um treinamento específico em relação à dor e 47 (42%) receberam treinamento em outras instituições onde trabalharam.

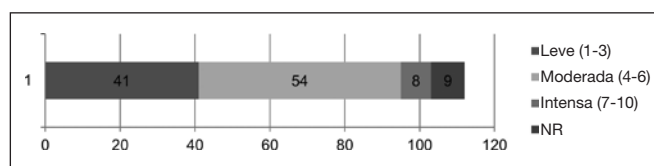
Quanto à administração de fármacos, 27 (24,2%) profissionais possuíram alguma dificuldade em administrar analgésicos ao paciente.

Tabela 1. Considerações relatadas pelos profissionais em relação a avaliação, mensuração, anotação e manuseio do paciente com dor, Norte do Paraná, 2015

Questionamentos	Categorias de respostas	nº de citações	%
Como você identifica a presença da dor?	Aspectos comportamentais: expressão facial, entonação da voz, choro, modo de agir	83	40,1
	Por meio do relato passivo do paciente sobre a presença de dor	51	24,6
	Aspectos clínicos e fisiológicos: sudorese, taquicardia, hipertensão, diagnóstico e classificação da lesão/agravo	39	18,8
	Por meio de questionamento ativo em relação à presença de dor	17	08,2
	Utilização de escalas de avaliação da dor	17	08,2
Total		207	100
Como você avalia a intensidade da dor?	Utilizando escalas de intensidade da dor	44	28,2
	Pelo relato verbal do paciente utilizando descritores: leve, moderada ou intensa	41	26,3
	Observando e avaliando aspectos comportamentais: choro, postura, expressões	38	24,4
	Observando aspectos clínicos: sinais vitais	22	14,1
	Observando a frequência das queixas	06	03,8
	Observando o diagnóstico do paciente	05	03,2
Total		156	100
O que você coloca nas anotações em relação à avaliação da dor?	Intensidade	85	21,5
	Local	102	25,8
	Tipo	61	15,4
	Intervenções realizadas	82	20,8
	Melhora após analgesia	65	16,5
Total		395	100
Quais as dificuldades que você possui na avaliação da dor?	Saber se o relato é verdadeiro ou falso	20	44,4
	Subjetividade na avaliação da dor	12	26,7
	Aspectos relacionados ao paciente: não comunicativo, confuso, psiquiátrico	10	22,2
	Falta de conhecimento específico	03	06,7
Total		45	100
Quais as dificuldades que você encontra em relação à administração de analgésicos?	Dificuldades com a prescrição médica: sem analgesia, demora em prescrever	11	40,7
	Falta do fármaco na instituição	05	18,5
	Prescrição inadequada em relação à dor: subanalgesia	04	14,8
	Doses e intervalos entre elas	03	11,1
	Falta de receituário controlado para fármacos psicotrópicos	02	07,4
	Decidir qual analgésico utilizar	01	03,7
	Fármacos pouco utilizados ou novos	01	03,7
Total		27	100
Você avalia a dor após a administração do fármaco analgésico?	Sim, sempre	50	44,6
	Sim, na maioria das vezes	51	45,5
	Sim, algumas vezes	05	04,5
	Não respondeu	03	02,7
	Não	03	02,7
Total		112	100

As dificuldades relatadas encontram-se na tabela 1. Questionou-se também qual a intensidade inicial que o paciente necessita expressar para receber analgésicos, sendo que 54 (48,2%) profissionais relataram intensidade moderada (Figura 1).

Quando questionados se o paciente omite ao informar a presença e intensidade da dor, 82 (73,2%) profissionais responderam que sim. A tabela 2 apresenta a frequência em que o profissional observa que o paciente mente na avaliação da dor.

**Figura 1.** Intensidade inicial de dor para a administração de analgésicos, Norte do Paraná, 2015

NR = não respondeu.

Tabela 2. Frequência em que o paciente omite a presença e intensidade da dor, Norte do Paraná, 2015

Frequência	n	%
Nunca	03	02,7
Sim, raramente	15	13,4
Sim, algumas vezes	82	73,2
Sim, na maioria das vezes	08	07,1
Sim, sempre	02	01,8
Não respondeu	02	01,8
Total	112	100

As sugestões de ações que devem ser realizadas pela instituição para aumentar as práticas relacionadas ao manuseio da dor são descritas na tabela 3.

Tabela 3. Medidas que a instituição deve adotar para aumentar a eficácia do manuseio da dor, Norte do Paraná, 2015

Frequência	n	%
Melhorar a interação entre paciente-profissional	109	49,3
Treinamentos, informação e educação permanente	70	31,7
Implantar a Comissão de Manuseio da Dor, Protocolos Clínicos, Escalas Padronizadas	13	05,9
Padronizar os analgésicos disponíveis	11	05,0
Padronizar a prescrição médica de analgesia	07	03,2
Aumentar a frequência de reavaliação médica	06	02,7
Aumentar o quantitativo de profissionais assistenciais	04	01,8
Agilizar a administração de analgésicos ao paciente com dor	01	00,5
Total	221	100

DISCUSSÃO

O manuseio adequado da dor é composto por avaliação, mensuração, tratamento e reavaliação do paciente. A realização desses aspectos é fundamental quando se compreende que a dor faz parte dos sinais vitais. Dessa forma, garante-se um cuidado humanizado e eficaz ao paciente com dor¹⁴.

Este estudo apontou que os profissionais utilizam na maioria das vezes aspectos comportamentais, como expressão facial, entonação da voz, choro, modo de agir, para avaliar a dor, raramente citando as escalas de mensuração de dor.

Nesse aspecto, os autores afirmam que para uma avaliação e quantificação adequadas da dor, é necessário escolher um método apropriado que considere o tipo de dor e a condição clínica do paciente. Vários instrumentos podem ser utilizados para mensurar a intensidade da dor, devendo-se levar em conta suas vantagens e limitações¹⁵. Os profissionais de saúde utilizaram escalas específicas de intensidade para mensurar o evento doloroso ou então escala de descritores verbais. Esse dado foi compatível com outro estudo em que 82,4% dos profissionais entrevistados descreviam a intensidade da dor por meio de descritores verbais (leve, moderada ou intensa)⁸.

Quanto às anotações realizadas pelos profissionais relacionadas à avaliação da dor, o presente estudo apontou que o local da dor foi a principal anotação, seguido pela intensidade e intervenções reali-

zadas. Alguns estudos demonstram que os enfermeiros se restringem a anotar nas evoluções a intensidade numérica, a localização e a analgesia utilizada, porém, o registro deve abranger não apenas o local e a intensidade, mas também variáveis como piora e melhora, prejuízos advindos da dor, descrição do evento doloroso e satisfação com a analgesia¹⁶.

O registro minucioso da dor e suas características no prontuário é fundamental para seu manuseio adequado. Esses dados registrados permitem que a equipe avalie a eficácia das estratégias analgésicas realizadas e também a evolução do quadro doloroso. Até mesmo a ausência de dor deve ser registrada. Em uma análise de 60 prontuários, encontrou-se registro de dor em 46,6% e em 53,4% não foi encontrado nenhum registro¹⁶.

Entre as dificuldades relacionadas à avaliação da dor, saber se o relato é verdadeiro ou falso foi a mais citada pelos profissionais. Isso se deve, muitas vezes, à falta de treinamento e informações repassadas desde a formação acadêmica. Um estudo que objetivou avaliar o conhecimento recebido durante a graduação sobre o manuseio da dor com 60 estudantes que cursavam o último ano constatou que apenas 56% demonstraram ter recebido informações sobre a temática “dor” e que 95% dos acadêmicos nunca participaram de eventos sobre dor em sua formação. Esse fato contribui para a perpetuação do sofrimento e diminuição da QV dos pacientes com dor¹⁷.

A dor, por ser um sintoma subjetivo, necessita de atenção especial do profissional ao observar, ouvir e interagir com o paciente. Talvez a maior dificuldade esteja em acreditar no relato do paciente. Dessa forma, cabe ao enfermeiro avaliar as reais necessidades do paciente e assim valorizar sua queixa dolorosa¹⁸.

Outra dificuldade encontrada pelos profissionais, relacionada especificamente à administração analgésica, envolve a deficiência na prescrição médica, além das dificuldades administrativas. Esses resultados vão ao encontro da literatura, que descreve dificuldades relacionadas ao profissional médico (ausência de prescrição analgésica, prescrição insuficiente de analgésicos e falta de avaliação da dor) e dificuldades administrativas (falta do fármaco analgésico na instituição, falta de preenchimento do receituário controlado para fármacos opioides e a não entrega de fármacos aos setores se forem prescritos na modalidade “se necessário”)^{8,17}.

A escolha de qual analgésico utilizar, a dose, intervalos entre doses, além dos fármacos novos não utilizados, também são apontados como dificuldades. A administração combinada de analgésicos, seguindo a Escada Analgésica da Organização Mundial de Saúde, é uma prática recomendada, no entanto, estudos demonstram que os profissionais de enfermagem ainda não reconhecem essa prática, inclusive possuindo dificuldades em validar a morfina como um fármaco analgésico de escolha quando outros tratamentos farmacológicos não forem eficazes^{18,19}.

Referente à administração de fármacos, uma parcela dos profissionais demonstrou ter dúvidas, sendo que a maior parte realiza a analgesia quando o paciente indica dor moderada. Isso pode ocorrer devido ao pouco conhecimento de profissionais recém-formados a respeito da dor aguda, à ausência de educação continuada, à falta de experiência com os protocolos e as rotinas para tratamento da dor e à falta de orientação quanto à escolha dos métodos analgésicos. Assim, o maior cuidado com a educação dos profissionais e a formação de equipes multidisciplinares pode contribuir para melhorar a

qualidade de atendimento, reduzir complicações relacionadas à dor e diminuir o sofrimento dos pacientes²⁰.

No que se refere à avaliação do paciente após a administração do fármaco analgésico, os profissionais afirmaram que na maioria das vezes, ou sempre, avaliam o paciente, corroborando dados encontrados na literatura onde 85% dos profissionais pesquisados relataram avaliar a dor após analgesia. Em contrapartida, não foi encontrado nenhum registro referente à melhora da dor após medidas de analgesia em estudo de auditoria de prontuários^{8,16}.

CONCLUSÃO

Observou-se neste estudo que os profissionais de saúde realizaram a avaliação e a mensuração de forma não padronizada, e muitas vezes com ferramentas adequadas.

Em relação à analgesia, houve a necessidade de o paciente relatar dor de intensidade moderada para receber analgésicos. Essa prática contradiz as evidências relacionadas ao tratamento da dor, pois demonstra as falhas de conhecimento e a perpetuação do sofrimento do paciente.

Ficou evidente a necessidade de educação permanente em serviço, juntamente com a sensibilização dos gestores hospitalares para discutir maneiras de realizar o manuseio adequado da dor.

REFERÊNCIAS

- Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. 2nd ed. Press Seattle: IASP; 1994.
- Souza RC, Garcia DM, Sanches MB, Gallo AM, Martins CP, Siqueira IL. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre avaliação comportamental de dor em paciente crítico. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(3):55-63.
- Romanek FA, Avelar MC. O ensino de intervenções de Enfermagem como estratégia não farmacológica para alívio da dor. *Rev Dor.* 2014;15(4):264-6.
- Kipel AG, Franco SC, Muller LA. Práticas de enfermagem no manuseio da dor em hospitais de um município de Santa Catarina. *Rev Dor.* 2015;16(3):198-203.
- Martin AR, Soares JR, Vieira VC, Marcon SS, Barreto MS. A dor aguda na perspectiva de pacientes vítimas de trauma leve atendidos em unidade emergencial. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(2):14-20.
- Silva EJ, Dixe MA. Prevalência e características de dor em pacientes internados em hospital português. *Rev Dor.* 2013;14(4):245-50.
- Bottega, FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Texto Contexto Enferm.* 2010;19(2):283-90.
- Nascimento LA, Santos MR, Aroni P, Martins MB, Kreling MC. Manuseio da dor e dificuldades relatadas pela equipe de enfermagem na administração de opióides. *Rev Eletr Enf.* 2011;13(4):714-20.
- Ribeiro NC, Barreto SC, Hora EC, de Sousa RM. [The nurse providing care to trauma victims in pain: the fifth vital sign]. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(1):146-52. Portuguese.
- Sales IM, Ticianele JG. Análise da confiabilidade e o entendimento das escalas de mensuração em indivíduos com quadro algico agudo na cidade de Boa Vista – Roraima. *Cad Ciênc Biol Saúde. Boa Vista.* 2014;(3).
- Araujo LC, Romero B. Dor: avaliação do 5º sinal vital. Uma reflexão teórica. *Rev Dor.* 2015;16(4):291-6.
- Silva PO, Portella VC. Intervenções de enfermagem na dor. *Rev Dor.* 2014;15(2):145-51.
- Oliveira RM, Silva LM, Freitas CH, Oliveira SK, Pereira MM, Leitão IM. Medição da dor na prática clínica de enfermagem: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE.* 2014;8(8):2872-82.
- Magalhães PA, Mota FA, Saleh CM, Secco LM, Fusco SR, Gouvêa AL. Percepção dos profissionais de enfermagem frente à identificação, quantificação e tratamento da dor em pacientes de uma unidade de terapia intensiva de trauma. *Rev Dor.* 2011;12(3):221-5.
- Nascimento LA, Kreling MC. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(1):50-4.
- Oliveira RM, Leitão IM, Silva LM, Almeida PC, Oliveira SK, Pinheiro MB. Dor e analgesia pós-operatória: análise dos registros em prontuários. *Rev Dor.* 2013;14(4):251-5.
- Barros SR, Pereira SS, Almeida AN. A formação de acadêmicos de enfermagem quanto à percepção da dor em duas instituições de ensino superior. *Rev Dor.* 2011;12(2):131-7.
- Morais FF, Matozinhos JP, Borges TT, Borges CM, Campos AC. Avaliação da dor como quinto sinal vital na classificação de risco: um estudo com enfermeiros. *Rev Ciência & Saúde.* 2009;2(2):73-7.
- Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor em el cáncer. Ginebra: OMS; 1996. 64p.
- Moreira L, Truppel YM, Kozovits FG, Santos VA, Atet V. Analgesia no pós-cirúrgico: panorama do controle da dor. *Rev Dor.* 2013;14(2):106-10.