

Prevalência de dor e adequação da terapia analgésica em um hospital público referência

Pain prevalence and drug therapy in a public hospital

Matheus Ignácio Lopes da Costa¹, Isabela Oliveira Campos¹, Matheus Herthel Souza Belo¹, Pedro Henrique Ananias da Cunha¹, Rodrigo Moraes Cançado da Silva¹, Guilherme de Araújo Aguiar¹, Márcio Heitor Stelmo da Silva¹, Antônio José Fonseca de Paula¹, Priscilla Brunelli Pujatti^{1,2,3*}

RESUMO

Introdução: A dor é o mecanismo básico de defesa do organismo e geralmente o primeiro sinal que antecede a ocorrência de uma lesão. Determinados tipos de dor podem ser limitantes ou incapacitantes, necessitando de abordagem correta do sintoma. Nota-se a precariedade no conhecimento acerca das doses eficazes dos analgésicos, tempo de ação e possíveis efeitos adversos o que resulta na alta prevalência e subtratamento desse sintoma, principalmente em ambiente hospitalar. **Objetivo:** Avaliar a prevalência da dor intra-hospitalar e analisar a abordagem terapêutica da dor realizada em pacientes internados em um hospital público de Barbacena/MG, de modo a verificar a necessidade de inserção da dor como quinto sinal vital. **Métodos:** Estudo transversal, prospectivo, em que foram aplicados questionários junto ao leito a 215 pacientes hospitalizados, abordando diferentes aspectos da dor em momento de admissão e internação. **Resultados:** A prevalência de dor intra-hospitalar foi de 33,95%, sendo que 29,17% dos pacientes tinham dor intensa. Três (1,75%) dos 73 pacientes com dor na internação mantiveram o mesmo nível de dor, dois (1,16%) não apresentaram analgesia contínua e um (0,58%) apresentava esquema contínuo de opioide fraco. Dos 14 (8,18%) que cursaram com aumento da dor durante a internação, 11 (6,43%) não apresentavam esquema analgésico e três (1,75%) apresentavam esquema contínuo de AINE. Opióide forte foi prescrito somente em 2,79% dos casos. **Conclusão:** A dor é pouco avaliada e subtratada, muitas vezes com uso inadequado de analgésicos e combinações. É, portanto, primordial que seja incluída como quinto sinal vital para melhor abordagem junto ao paciente.

Palavras-chave: Dor. Hospitalização. Prevalência. Analgésico.

ABSTRACT

Introduction: Pain is a basic defense mechanism of the body and usually the sign that precedes an injury. Certain types of pain can be limiting which makes pain management essential. Lack of knowledge about right dosage, effectiveness time and possible side effects of pain killers results in a high prevalence and low treatment, especially in a hospital environment. **Objective:** To evaluate hospital pain prevalence and pain pharmacotherapy in a public hospital at a country side city of Minas Gerais state, Brazil. **Methods:** Prospective transversal study with 215 hospitalized patients that answered to a questionnaire about general aspects of their pain at admission and hospitalization. Pharmacotherapy for pain management was accessed by checking patients hospital records. **Results:** Hospital pain prevalence was 33.75%, 29.17% of patients had severe pain and the most prevalent pain site was the abdominal area. Three (1.75%) of 73 patients with pain at admission maintained the same level of pain during hospitalization, two (1.16%) had not prescription of continuous analgesia and one (0.58%) had a continuous weak opioid prescription. Among 14 (8.18%) patients who had pain increasing during hospitalization, 11 (6.43) had no analgesic regimen and three (1.75%) had a continuous NSAID prescription. **Conclusion:** Pain is not accurately evaluated and managed, with low resolution and inadequate analgesics prescription. It is important to consider pain as the fifth vital sign for a better approach to the patient.

Key words: Pain. Prevalence. Hospitalization. Analgesic.

1. Faculdade de Medicina de Barbacena (FAME/FUNJOBE), Barbacena, MG - Praça Presidente Antônio Carlos, 08, São Sebastião, Barbacena/MG

2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Rio de Janeiro, RJ

3. Praça Presidente Antônio Carlos, 08, São Sebastião, Barbacena/MG,

* Autor correspondente:
Priscilla Brunelli Pujatti

E-mail: priscillapujatti@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A dor é o mecanismo básico de defesa do organismo e sua percepção corresponde a uma experiência multidimensional, diversificando-se na qualidade e na intensidade sensorial, sendo afetada por variáveis afetivo-motivacionais.^{1,2} O reconhecimento e tratamento da dor em pacientes hospitalizados é considerado um ponto relevante na assistência hospitalar à saúde e um indicador de qualidade do cuidado.³ Sendo assim, o controle da dor é essencial para a assistência integral ao paciente.⁴ A abordagem eficaz da queixa algica pode ser encarada até mesmo como uma afirmação de um direito humano básico.^{4,5} Além disso, as evidências demonstram que a dor não tratada pode afetar adversamente o processo de recuperação e tende à cronicidade, o que eleva os custos sociais e financeiros envolvidos.^{6,7} Por fim, a dor intra-hospitalar influencia diretamente a piora de certas doenças e aumenta a morbimortalidade, uma vez que as evidências apontam quadros de hipoventilação, atelectasia pulmonar, tromboembolismo pulmonar, entre outras patologias sendo precipitados ou agravados por quadro de dor.⁸

Nesse sentido, torna-se necessária a melhoria da qualificação na assistência ao paciente com dor, verificando a necessidade de sua inclusão na avaliação junto aos sinais vitais, conforme já recomendado.^{9,10} Os objetivos deste estudo foram avaliar a prevalência de dor em pacientes internados assim como a abordagem clínica e farmacológica realizada nesses casos algicos e aferir a concordância entre o autorrelato de dor e a prescrição analgésica nesses pacientes em um hospital público de Barbacena, de modo a verificar a necessidade de inclusão da dor como quinto sinal vital.

MÉTODOS

Tipo e população do estudo

Estudo transversal, prospectivo, por meio da aplicação de questionários, com os pacientes internados em uma unidade hospitalar pública de Barbacena, Minas Gerais. O município é referência regional para atendimento de algumas doenças, abrangendo mais 14 municípios.

Os critérios de inclusão foram: pacientes maiores de 18 anos, ou menores de 18 anos acompanhados de responsável legal, orientados no tempo e espaço; alfabetizados (ou seja, que saibam ler e escrever) ou semialfabetizados (que saibam assinar o nome); internados em leitos que não sejam de terapia intensiva e admitidos entre 1º de fevereiro de 2017 e 09 de fevereiro de 2018 por quaisquer motivos e que concordam em participar da pesquisa por meio da assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. Os critérios de exclusão foram pacientes entubados, desorientados, menores de 18 anos sem responsável legal.

Coleta dos dados

Os pacientes foram convidados a participar do estudo por meio de visita ao leito hospitalar em que estavam internados. As visitas ao hospital foram realizadas mensalmente, espaçadas por, pelo menos, 15 dias. Supondo que um hospital tenha 120 leitos, uma amostra com 215 pacientes define um intervalo de confiança 95% de mais ou menos 6,7% para uma

prevalência de dor de 50 % e de mais ou menos 0,3% para uma prevalência de dor de 3 %.

Após breve explicação sobre conteúdo e objetivos da pesquisa e concordância participar por meio da assinatura do TCLE, um formulário contendo dados pessoais e características clínicas do paciente foi preenchido pelo pesquisador que fez a avaliação. De forma subsequente, o paciente foi questionado pelo pesquisador quanto à presença de dor no instante da admissão e no momento da entrevista na internação, utilizando a escala multidimensional de avaliação de dor, validada para a língua portuguesa.¹¹

Para a presença de dor no instante da admissão, o pesquisador solicitou ao paciente que julgasse a intensidade de dor utilizando os valores de 0 a 10, na qual 0 indica “sem dor”, 10 “dor máxima” e os outros escores, de 2 a 9, deverão ser utilizados para indicar níveis leves e moderados de dor sentida. Para a presença de dor no instante da avaliação, além dessa classificação, o paciente também assinalou um ou mais descritores que caracterizaram a dor percebida. Com base nos descritores indicados pelos pacientes, o pesquisador determinou se a dor é aguda ou crônica. Foi considerada dor crônica aquela duração igual ou superior a seis meses, mas de caráter contínuo e duradouro ou recorrente conforme preconizado pela IASP.²

Os pacientes que permaneciam com dor na internação foram submetidos ao cálculo do índice de manejo da dor (IMD). O IMD analisa a potência analgésica frente à intensidade da dor referida pelo indivíduo. Os analgésicos são classificados segundo sua potência (PA) em:

- 0 - Ausência de medicamento analgésico
- 1 - Analgésico antiinflamatório não esteroide (AINE)
- 2 - Opióide fraco
- 3 - Opióide forte

A intensidade da dor (ID) foi classificada em:

- 0 - Sem dor
- 1 - Dor leve (1 - 4)
- 2 - Dor moderada (5 - 7)
- 3 - Dor intensa (8 - 10)

O IMD é obtido subtraindo-se da potência do analgésico prescrito (PA) a intensidade da dor (ID), isto é, $IMD = PA - ID$. O IMD varia de -3 a +3 e os escores negativos indicam inadequação analgésica e os escores positivos ou zero, a adequação da mesma.

Aspectos Éticos

O presente estudo foi conduzido conforme estabelecido pela resolução CNS 466/2012 e foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa com número CAAE 62553716.5.1001.5119.

Análise Estatística

Os dados dos questionários foram transcritos para a planilha eletrônica e processados em software estatístico STATA versão 9.2. Foram calculadas medidas de tendência central, de posição e dispersão. A existência de relação entre as variáveis estudadas foi determinada por teste de qui quadrado exato de Fisher, análise de variância e Kruskal Wallis conforme indicação. Foram consideradas significativas $P \leq 0,05$.

RESULTADOS

Foram analisados os dados de 215 pacientes hospitalizados entre 1º de fevereiro de 2017 e 09 de fevereiro de 2018. A idade média \pm DP foi de $52 \pm 19,36$ anos sendo a menor idade da amostra 13 anos e a maior 94 anos. Destes pacientes, 124 eram do sexo masculino, o que equivale a 57,67% da amostra (Tabela 1). A razão da internação foi dividida em clínica e cirúrgica. Dos 215 pacientes internados, 88 (40,93%) se encontravam na ala cirúrgica enquanto 127 (59,07%) encontravam-se na ala clínica, representando o maior percentual. Do total de internações, clínicas e cirúrgicas, a área de internação predominante foi à ortopedia (24,64%; n=34), seguida da clínica geral (20,29%; n=28) e gastroenterologia (13,77%; n=19).

TABELA 1 – Características sócio demográficas e razão da internação de pacientes atendidos em um hospital público da cidade de Barbacena, MG (2017-2018) (n = 215).

Variáveis	N	%	P
Faixa Etária (Anos)			0,87
13 – 59	125	58,13	
60 – 94	90	41,86	
Sexo			0,39
Feminino	91	42,33	
Masculino	124	57,67	
Razão da internação			0,26
Clínica	127	59,07	
Cirúrgica	88	40,93	

Quanto à presença de dor, 79,53 % dos pacientes apresentavam dor no momento da admissão, sendo que em 49,30%, a dor foi o motivo da hospitalização. Dentro da escala visual analógica (EVA), as intensidades foram divididas em leve (pontuação de 01 a 03), moderada (pontuação 04 a 06) e intensa representando a (pontuação de 7 a 10). A prevalência de dor intensa no momento da admissão foi 60,93%. Os pacientes também foram questionados sobre a dor no momento da internação e 33,95% apresentavam dor no momento na internação (Tabela 2).

TABELA 2 – Características da dor na admissão e internação de pacientes atendidos em um hospital público da cidade de Barbacena, MG (2017-2018) (n = 215).

Dor	Admissão		Internação	
	N	%	N	%
Não	44	20,46%	142	66,04%
Sim	171	79,53%	72	33,48%
Leve (EVA 01 – 03)	12	5,58%	24	11,21%
Moderada (EVA 04 – 06)	26	12,09%	27	12,62%
Intensa (EVA 07 – 10)	133	61,87%	21	9,81%

Comparando-se a prevalência de dor entre pacientes clínicos e cirúrgicos, observou-se que a prevalência de dor foi semelhante nos dois grupos no momento da admissão (76,38% nos pacientes clínicos versus 84,09% nos pacientes cirúrgicos, $p=0,168$), número mantido no instante da internação ($p=0,39$). A dor foi o motivo da hospitalização em 59,07% dos pacientes clínicos e 40,93% dos pacientes cirúrgicos. Dos pacientes cirúrgicos analisados na internação, 71 (80,68%) afirmaram que a dor diminuiu de intensidade em relação à admissão, 12 (13,64%) mantiveram o mesmo índice de dor e cinco (5,68%) apresentaram aumento da dor. Dos pacientes internados por motivo clínico, 90 (70,87%) apresentaram diminuição do índice de dor, 27 (21,26%) apresentaram manutenção dos níveis de dor e 10 (7,87%) apresentaram aumento do índice de dor em relação ao momento da admissão.

De acordo com a classificação da IASP, a dor na avaliação foi dividida em aguda e crônica, que foram ainda subdivididas em descritores. O descritor de dor aguda mais prevalente foi o insuportável (22,81%). Já na dor crônica foi o desconfortável (37,14%).

A respeito da analgesia, os prontuários dos pacientes foram consultados para verificação do modo de administração (contínua ou sempre que necessário - SOS). Os que não estavam fazendo uso de analgésicos representaram 8,37% (n=18) do total, enquanto 30,23% utilizavam apenas analgésico contínuo e 56,27% utilizaram apenas o SOS. Do total de pacientes, 5,1% (n=11) estavam em esquema duplo com prescrição de analgesia SOS e contínua.

Foram analisados, separadamente, os pacientes que apresentavam apenas um dos modos de administração, que corresponde a 86,51% (n=186) do total de questionários aplicados, e correlacionou-se com a intensidade da dor relatada. Assim, foi verificado que dos pacientes que não apresentavam dor, 28,31% (n=32) apresentavam esquema contínuo de analgesia e os 71,69% (n=81) esquema SOS. Dos pacientes que apresentavam dor leve (intensidade 1-3), 37,5% (n=9) apresentavam esquema de analgesia contínua e 62,5% (n=15) SOS. Daqueles que relataram dor moderada (intensidade 4-6), 48,14% (n=13) apresentavam analgesia contínua e 51,86% (n=14) SOS. Dos pacientes que apresentavam dor intensa, 50% (n=11) estavam em analgesia contínua, enquanto os outros 50% estavam em esquema SOS.

Dos 171 pacientes que apresentaram dor na admissão, 73 (42,69%) ainda cursavam com dor no momento da internação. Destes, 56 (32,74%) cursaram com diminuição da dor em relação à admissão, mas não resolução total do quadro, sendo que 23 (13,45%) não tinham prescrição de terapia analgésica, 17 (9,94%) apresentavam esquema contínuo de AINES e 16 (9,35%) apresentaram esquema contínuo de opióide fraco. Três (1,75%) pacientes com dor na internação mantiveram o mesmo nível de dor, dois (1,16%) não apresentaram analgesia contínua e um (0,58%) apresentava esquema contínuo de opióide fraco. Dos 14 (8,18%) que cursaram com aumento da dor durante a internação, 11 (6,43) não apresentavam esquema analgésico e três (1,75%) apresentavam esquema contínuo de AINE.

Analisando a redistribuição dos pacientes na escala de dor da admissão para a internação (n=73), oito pacientes que não possuíam qualquer nível de dor admissão, evoluíram com queixas algícas ao longo da internação, sendo que destes, dois

(4,55%) se alocaram no grupamento de dor leve (1-3), três (6,82%) para o grupo de dor moderada (4-6), e três (6,82%) para o grupo de dor intensa (7-10). Ao longo da internação, dos 12 pacientes que apresentavam dor leve inicialmente, 11 (91,67%) tiveram resolução total da dor e um (8,33%) permaneceu no grupo de dor leve. Já os 26 pacientes que apresentavam dor moderada, 20 (76,92%) tiveram resolução total do quadro algíco, 3 (11,54%) migraram para o grupo de dor leve e 3 (11,54%) migraram para o grupo de dor intensa. Em relação à dor intensa, dos 131 pacientes desse grupo, 74 tiveram resolução total da dor, 18 migraram para o grupo de dor leve, 24 migraram para o grupo de dor moderada e 15 permaneceram com mesma intensidade da dor. Portanto, observou-se significativa migração dos pacientes de dor intensa para outros grupos ($p=0,023$) (Figura 1).

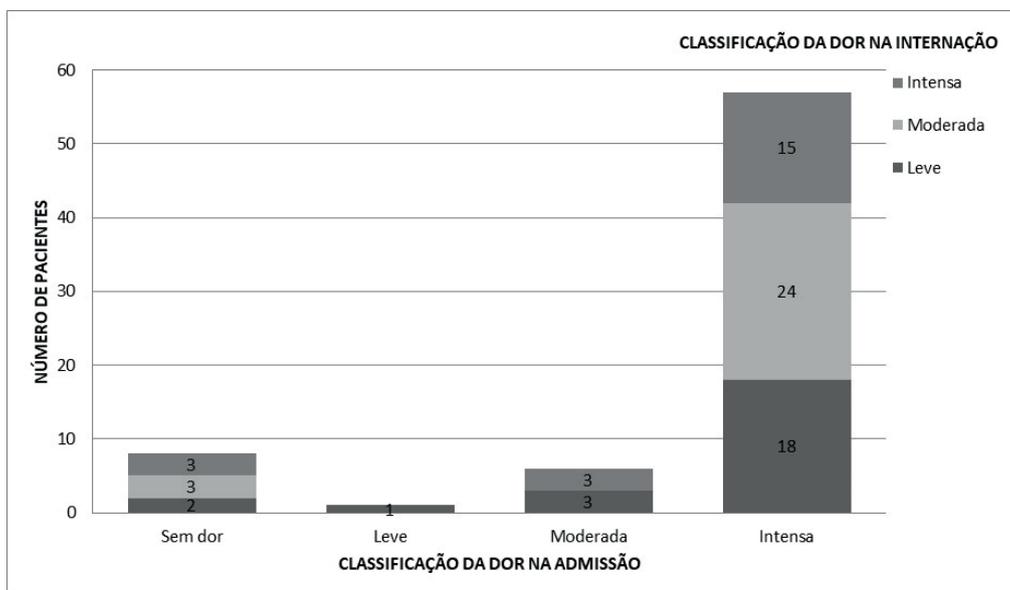


Figura 1 – Redistribuição dos pacientes conforme dor de acordo com o EMADOR, da admissão para a internação, em um hospital público referência regional de uma cidade do interior de Minas Gerais. (n = 73).

Aplicando o IMD em todos os 73 pacientes com dor presente na avaliação, para a investigação da correspondência entre a analgesia prescrita e a intensidade de dor, foi observado que apenas 5 pacientes (6,84%) apresentavam escore positivo ou zero, representando esquema de analgesia adequado e 68 (91,16%) pacientes com IMD negativo, representando analgesia inadequada.

DISCUSSÃO

O estudo de prevalência de dor intra-hospitalar é um importante indicador de qualidade no cuidado. Apesar de a mensuração da dor não contar com instrumento padrão que permita a um agente externo compreender objetivamente a experiência de dor do paciente, é preciso utilizar instrumentos para manejar a dor e balizar a terapêutica analgésica em ambiente clínico.^{10,11} Essa necessidade se torna ainda mais evidente quando o ambiente está inserido no contexto hospitalar, ou seja, pacientes que são admitidos para ocupar um leito hospitalar por período igual ou superior a 24 horas.¹²

O presente trabalho mostrou alta prevalência de dor na admissão hospitalar em um hospital público do interior de Minas Gerais, no qual 79,07% pacientes reportaram dor, e 61% desses pacientes reportaram dor de alta intensidade, utilizando-se a avaliação pelo EMADOR. Na internação, 33,95% permaneceram com dor, 30,13% desses com dor intensa. A prevalência de dor foi semelhante entre homens e mulheres. Dados da literatura têm demonstrado que mais de 50% dos pacientes hospitalizados queixam-se de dor de moderada a severa nas primeiras 24 horas, independentemente das causas da internação (cirúrgicas, neoplásicas, traumáticas, outras).¹³ Em estudo realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, a prevalência de

dor na internação foi de 31,8%.¹⁴ Em outro estudo foi utilizado como estratégia de seleção da amostra a divulgação prévia da avaliação no hospital, cuja a prevalência de dor alcançou 92% nos pacientes avaliados.¹⁵ Apesar da discrepância nos resultados de prevalência de dor intra-hospitalar, provavelmente causada por variação na seleção da amostra, os dados mostram que é um problema corrente da maioria dos hospitais, o qual precisa ser enfrentado.

A prevalência de dor entre pacientes clínicos e cirúrgicos foi semelhante na admissão ($p=0,168$) e na internação ($p=0,399$) e foi reduzida em 50% nos pacientes clínicos. A menor redução da dor em pacientes cirúrgicos pode ser explicada pelo fato de a dor poder se comportar como causa e consequência deste procedimento. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo feito em hospital português com pacientes internados há mais de 24h que desejassem participar, que estivessem conscientes para dar o seu consentimento e soubessem falar português. Estavam internados em serviços de medicina interna (41,8%), clínica cirúrgica (40,4%) e 17,8% na ortopedia.¹⁶

Foi observado que uma parcela significativa de pacientes que não apresentavam dor no momento da internação estava em esquema de analgesia contínua sendo que pacientes com

dor na internação não apresentavam prescrição de analgésicos.

Associado à alta prevalência de queixa algica esperava-se que os pacientes de quaisquer grupos de intensidade de dor migrassem para nenhuma queixa algica (0) durante a internação. Entretanto, oito dos pacientes que na admissão não queixavam dor, evoluíram com dor na internação, três deles para a dor de alta intensidade. Dos 60 pacientes com dor intensa, apenas três evoluíram para resolução completa, sendo que 16 se mantiveram no mesmo grupo, e os demais apenas se redistribuíram para grupo de dor de menor intensidade, sem resolução da dor. Dos 73 pacientes com dor durante a internação, 68 pacientes apresentam IMD sugestivo de inadequação analgésica. Os pacientes que mantiveram o mesmo nível de dor na internação em relação à admissão não apresentavam nenhum tipo de analgesia contínua e quando prescrito era feito com opióide fraco. Nos pacientes que cursaram com aumento da dor a maioria não recebia nenhum tipo de terapia analgésica e quando prescrito apresentavam esquema com AINE. Esses dados sugerem inadequação terapêutica da dor nesses pacientes, principalmente naqueles com dor de alta intensidade.

De acordo com a escada analgésica da OMS¹⁷ proposta para guiar o manejo da dor, o correto tratamento para os pacientes de dor de alta intensidade seria a administração de opioides fortes, podendo utilizar adjuvantes e outros analgésicos como terapia adicional. Porém, não havia prescrição de opioides fortes para os pacientes do estudo. Um dos fatores contribuintes para esse achado pode a ausência de cultura de uso de analgésicos opioides no Brasil para pacientes não terminais. Problema semelhante tem sido apontado em outros países, como a Itália^{18,19} e recentemente discutido em um estudo de prevalência e manejo da dor em pacientes internados em hospitais da Catalunha.²⁰ Outro fator que pode explicar é a discordância entre o alto relato de dor e os dados registrados nos prontuários, indicando uma marginalização desse sintoma em evoluções clínicas.⁷

Estudos realizados na França apontam que há receio na prescrição de opiáceos por 76% dos médicos (em geral) e até 50% dos oncologistas.^{21,22} No Brasil, estudo realizado no Hospital das Clínicas de Porto Alegre verificou o perfil de 1.107 prescrições médicas de 445 pacientes hospitalizados. Os resultados revelaram que apenas 6,5% das prescrições eram adequadas, evidenciando-se que não houve um manejo adequado da dor.²³ Apenas cinco pacientes, ou seja, menos de 10% com persistência da dor neste estudo possuíam o IMD satisfatório.

Outro dado encontrado foi à prescrição incorreta de opioides fracos. O tramadol foi usado na maior parte das prescrições como medicação SOS, Nos casos de dor de média intensidade. Entretanto essa é a ordem inversa da preconizada pela escada da dor, devendo o opióide fraco ser o analgésico contínuo, ao qual pode ser associado outros analgésicos e adjuvantes.^{23,24} A ordem inversa expõe a conhecida dificuldade de aceitação do uso e de prescrição de opioides, por parte da equipe médica.^{25,26}

O manejo inadequado da dor qualifica o cuidado com o paciente como ineficiente. Além da classificação do cuidado, outros dados de morbimortalidade e piora de prognóstico, são associados com a manutenção da dor por criação de círculos viciosos, que aumentam múltiplas disfunções orgânicas.

Isso pode resultar em agravamento de hemorragias, hipoventilação, diminuição do débito cardíaco, diminuição da perfusão sanguínea periférica, contração muscular reflexa e arritmias, todas as situações frequentes no setor de emergência.⁸ Além disso, a manutenção da dor é responsável por aumento do tempo de hospitalização, por consequência, queda na qualidade de vida dos pacientes e aumento dos custos em saúde.²⁷ Portanto, a abordagem corretada dor deve ser parte vital da assistência, porque contribui para a manutenção de funções fisiológicas básicas e evita repercussões de prognóstico ruim atreladas à permanência da dor. Nesse contexto, é iminente a necessidade de inclusão da avaliação da dor como quinto sinal vital, conforme já recomendado pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor, que preconiza de maneira sistemática a avaliação da dor, considerando-se sua multidimensionalidade, como os aspectos sensoriais e emocionais. A partir desse resultado poderão ser feitos os reajustes das doses, as alterações no tratamento e o posterior aumento, redução ou suspensão da analgesia. É indiscutível o bem-estar físico e emocional proporcionado pelo alívio da dor e do sofrimento, o que exige cada vez mais dos profissionais da área de saúde competência técnica e científica nessa área de atuação e crença na assistência prestada sem perder de vista os direitos dos pacientes.

CONCLUSÃO

A prevalência de dor na internação foi de 33,95 %, 60,93% de dor intensa, pouco avaliada e subtratada, e 93% das vezes, com uso inadequado de analgésicos e combinações. É, portanto, primordial que seja incluída como quinto sinal vital para melhor abordagem junto ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Porto CC. *Semiologia Médica*. 6ªed. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan; 2009.
2. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde: Programa Nacional de Controle da Dor (PNCODOR). Lisboa: 2008 [Citado em 2018 abril]. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/08/Programa-Nacional-de-Controlo-da-Dor.pdf>
3. Freitas CC, Vieira PR, Torres GB, Pereira CRA . Avaliação da dor com o uso das escalas unidimensionais. *Rev Dor*, 2009;10(1):56-62.
4. International Association for Study of Pain (IASP). Consensus development conference statement: the integrated approach to the management of pain. *J Accid Emerg Med*. 1994; 6(3): (document number - 491-292).
5. Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet*. 1974;92(7889):1127- 31.
6. American College of Surgeons (ACS). Committee on Trauma. Suporte Avançado de Vida no Trauma (SAVT): Programa para Médicos. Trad. do Programa ATLS. São Paulo; 2004.
7. Sousa-Munõz RL, Rocha GES, Garcia BB, Maia AD. Prevalência de dor e adequação da terapêutica analgésica em pacientes internados em um hospital universitário. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2015;48(6):539-48.

8. Calil AM, Pimenta CAM. Gravidade da lesão e analgesia em pacientes que sofreram acidente de transporte. *Acta Paul Enfermagem*. 2008;21(3):398-403.
9. Sociedade Brasileira Para Estudo da Dor [Homepage na internet]. São Paulo: Sociedade brasileira para estudos da dor; [Citado em 2018 mai 01] 5º sinal vital. Disponível em URL: <http://sbed.org.br/5o-sinal-vital/>
10. Davis MP, Walsh D. Cancer pain: how to measure the fifth vital sign. *CleveClin J Med*. 2004; 71: 625-32.
11. Sousa FF, Pereira LV, Cardoso R, Hortense P. Escala multidimensional de avaliação de dor (EMADOR). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2010; 18(1).
12. Devulder J. Persisting misconceptions of belgian physicians and nurses about cancer pain treatment. *Taylor&Francis online*, 2016; 346-50.
13. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenadoria de Serviços de Saúde. Glossário de conceitos [Internet]. São Paulo: Secretaria do Estado de Saúde;2012 [Citado em 2018 mar 07]. Disponível em URL:http://www.nih.saude.sp.gov.br/downloads/glossario_201209.pdf .
14. Abbott FV, Gray DK, Sewitch MJ, Johnston CC, Edgar L, Jeans ME. The prevalence of pain in hospitalised patients and resolution over six months. *Pain*. 1992; 50:15–28.
15. Ribeiro SBF, Pinto JCP, Ribeiro JB, Felix MMS, Barroso SM, Oliveira LF et al. Dor nas unidades de internação de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2012 set-out;62(5):605-11
17. Luppen LS, Sampaio FH, Standňik CMB. Patients' satisfaction with the implementation of the concept of pain as the fifth vital sign to control postoperative pain. *Revista Dor*. 2011 jan-mar; 12(1).
18. Rabelo ML, Borella MLL. Papel do farmacêutico no seguimento farmacoterapêutico para o controle da dor de origem oncológica. *Rev dor*, 2013;14(1):58-60.
19. Constantine M, Viterbory P, Flego G. Prevalence of pain in Italian hospitals: results of a regional cross-sectional survey. *J Pain Symptom Manage*.2002; 23:221–30.
20. Melotti RM, Samolsky-Dekel BGS, Ricchi E, Chiari P, Di Giacinto I, Carosi F et al. Pain prevalence and predictors among inpatients in a major Italian teaching hospital. A baseline survey towards a pain free hospital. *Eur J Pain*, 2005;9:485- 495. 2005.
21. Vallano A, Malouf J, Payrulet P, Baños JE, Catalan Research Group for the Study of Pain. in the Hospital. Analgesic use and Pain. in the hospital settings. *Eur J Clin Pharmacol*. 2007; 63:619-26.
22. Larue F, Colleau SM, Fontaine A, Brasseur L. Oncologists and primary care physicians - Attitudes toward pain control and morphine prescribing in France. *Cancer*, 1995;76(11):2375-82
23. Kípel AGB. Prevalência da dor: mitos, medos, desacertos relacionados ao uso de analgésicos opiáceos. *Texto&contextoenferm*. 2004; 13: 303-8.
24. Riker RR, Fraser GL. Altering intensive care sedation paradigms to improve patient outcomes. *AnesthesiolClin*. 2011; 663-74.
25. Bell JR. Australian trends in opioid prescribing for chronicnon-cancerpain, 1986-1996. *Med J Anesthesiol* 1997 Jul;167:26- 9.
26. Junior CHS. The barriers to adequate pain management with opioid analgesics. *Semin Oncol* 1993: 1-5.
27. Silva YB, Pimenta CAM. Análise dos registros de enfermagem sobre dor e analgesia em doentes hospitalizados. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2003; 37: 109-18.