

PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

BÁRBARA BERNARDES LOBO

AS FACES DA SENSÇÃO DE DOR EM PACIENTES
HOSPITALIZADOS, O QUINTO SINAL VITAL

GOIÂNIA

2021

Bárbara Bernardes Lobo

**AS FACES DA SENSÇÃO DE DOR EM PACIENTES
HOSPITALIZADOS, O QUINTO SINAL VITAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para o curso de Graduação em Fisioterapia, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

**Orientador: Prof. Dr. Erikson Custódio
Alcântara**

GOIÂNIA

2021

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA
AVALIAÇÃO ESCRITA

Título do trabalho: AS FACES DA SENSACÃO DE DOR EM PACIENTES HOSPITALIZADOS, O QUINTO SINAL VITAL

Acadêmico(a): Bárbara Bernardes Lobo

Orientador: Erikson Custódio Alcântara.

Data: 10/12/2019 às 15:00 horas.

AVALIAÇÃO ESCRITA (0 – 10)		
Item		
1.	Título do trabalho – Deve expressar de forma clara o conteúdo do trabalho.	
2.	Introdução – Considerações sobre a importância do tema, justificativa, conceituação, a partir de informações da literatura devidamente referenciadas.	
3.	Objetivos – Descrição do que se pretendeu realizar com o trabalho, devendo haver metodologia, resultados e conclusão para cada objetivo proposto	
4.	Metodologia* – Descrição detalhada dos materiais, métodos e técnicas utilizados na pesquisa, bem como da casuística e aspectos éticos, quando necessário	
5.	Resultados – Descrição do que se obteve como resultado da aplicação da metodologia, pode estar junto com a discussão.	
6.	Discussão** – Interpretação e análise dos dados encontrados, comparando-os com a literatura científica.	
7.	Conclusão – síntese do trabalho, devendo responder a cada objetivo proposto. Pode apresentar sugestões, mas nunca aspectos que não foram estudados.	
8.	Referência bibliográfica – Deve ser apresentada de acordo com as normas do curso.	
9.	Apresentação do trabalho escrito – formatação segundo normas apresentadas no Manual de Normas do TCC	
10.	Redação do trabalho – Deve ser clara e obedecer às normas da língua portuguesa	
Total		
Média (Total /10)		

Assinatura do

Examinador: _____

Critérios para trabalhos de revisão:

*Metodologia: descrever o método utilizado para realizar a revisão bibliográfica: sistemática adotada na seleção dos artigos, palavras chaves e base de dados utilizados, intervalo temporal abrangido, definição de eixos estruturantes norteadores da revisão.

**Discussão: a discussão do que foi encontrado na literatura é o próprio desenvolvimento do trabalho, o qual pode ser organizado por capítulo.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

FICHA DE AVALIAÇÃO DA APRESENTAÇÃO ORAL

ITENS PARA AVALIAÇÃO	VALOR	NOTA
Quanto aos Recursos		
1. Estética	1,5	
2. Legibilidade	1,0	
3. Estrutura e Sequência do Trabalho	1,5	
Quanto ao Apresentador:		
4. Capacidade de Exposição	1,5	
5. Clareza e objetividade na comunicação	1,0	
6. Postura na Apresentação	1,0	
7. Domínio do assunto	1,5	
8. Utilização do tempo	1,0	
Total		

Avaliador: _____

Data: ____/____/____

**AS FACES DA SENSACÃO DE DOR EM PACIENTES HOSPITALIZADOS, O
QUINTO SINAL VITAL**

Bárbara Bernardes Lobo¹, Erikson Custódio Alcântara¹

¹ Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás, Escola de Ciências Sociais e da Saúde – ECISS.

Conflitos de interesse: Nenhum

Autor correspondente: Bárbara Bernardes Lobo. Acadêmica do curso de fisioterapia.

Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC-Goiás. Rua João Pazini, nº 814B, Bairro Botafogo, Nerópolis. Fone: (62) 9 8162-0254. E-mail: barbarablobo@outlook.com

Erikson Custódio Alcântara. Fisioterapeuta, Doutor em Ciências da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC-Goiás. Av. T-13, Ed. Borges Landeiro Classic, nº 1033, Apt. 1601 (Torre Mozart), Setor Bueno, Goiânia. Fone: (62) 9 9602-7420. E-mail: eriksonalcantara@hotmail.com

À Helena Pasini, razão de tudo que sou.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter colocado em minha vida tudo que foi necessário para que eu chegasse até aqui.

Aos familiares e amigos que me apoiaram e acreditaram na minha capacidade até mesmo quando eu duvidei, assim me dando um incentivo que muitas vezes foi essencial.

Ao meu orientador, que me ajudou a concluir esta importante etapa com incomparável maestria.

À Eduardo Henrique e Haroldo Bernardes (*in memoriam*) que sempre estarão comigo nessa caminhada.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A sensação de dor pode ser influenciada pelo período de internação, acarretando diferentes prejuízos ao paciente; os profissionais devem coletar e registrar adequadamente esse dado para tratar a dor. O objetivo do estudo é investigar as diferentes faces da dor em pacientes hospitalizados. **CONTEÚDO:** Foi realizada uma revisão sistemática nas bases de dados MedLine, LILACS e PubMed, com base nos descritores “dor” AND “pacientes” AND “internados” com seus respectivos termos em inglês e espanhol no período de agosto a outubro de 2020. Encontraram-se 2.064 artigos, dos quais 20 foram selecionados a fazerem parte desta revisão com base nos critérios de inclusão delineados. A dor é mais comum e mais intensa em alas de pós-operatórios (90,8%) e de cuidados paliativos, sobretudo, é frequentemente relatada por mulheres jovens. Interfere nas atividades de vida diária e duração superior a 3 meses em muitos indivíduos. Uma adequada analgesia representa grande importância nesse cenário. Os instrumentos unidimensionais são mais utilizados para avaliar a dor em hospitais. **CONCLUSÃO:** A dor continua fortemente presente em indivíduos hospitalizados, apontando falha nos protocolos de analgesia em hospitais de diversas partes do mundo. A dor ainda é subavaliada, por sobrecarga de trabalho dos profissionais. Por fim, considerando o ambiente hospitalar, nos chama atenção a ausência ou omissão de terapias não farmacológicas para o manejo da dor.

Descritores: Dor, Pacientes Internados, Hospitalização.

ABSTRACT

JUSTIFICATION AND OBJECTIVES: The sensation of pain can be influenced by the period of hospitalization, causing different damages to the patient; professionals must collect and properly record this data to treat pain. The aim of the study is to investigate the different faces of pain in hospitalized patients. **CONTENT:** A systematic review was carried out in the MedLine, LILACS and PubMed databases, based on the descriptors “pain” AND “patients” AND “hospitalized” with their respective terms in English and Spanish from August to October 2020. They found 2,064 articles were selected, of which 20 were selected to be part of this review based on the inclusion criteria outlined. Pain is more common and more severe in postoperative wards (90.8%) and in palliative care, especially, it is often reported by young women. It interferes with activities of daily living and duration of more than 3 months in many individuals. Adequate analgesia is of great importance in this scenario. One-dimensional instruments are most used to assess pain in hospitals. **CONCLUSION:** Pain remains strongly present in hospitalized individuals, indicating a failure in the analgesia protocols in hospitals in different parts of the world. Pain is still underestimated, due to the professionals' work overload. Finally, considering the hospital environment, the absence or omission of non-pharmacological therapies for pain management calls our attention. **Descriptors:** Pain, Inpatients, Hospitalization.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. MÉTODOS	11
3. RESULTADOS.....	12
4. DISCUSSÃO.....	20
5. CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS	28

1. INTRODUÇÃO

A dor é definida como uma experiência desagradável sensorial ou emocional, associada a danos teciduais reais ou potenciais, podendo causar diferentes prejuízos clínicos e funcionais ao paciente¹. Os aspectos sensíveis, emocionais e culturais tornam a percepção da dor subjetiva, além de uma experiência individual².

A dor é considerada um problema de saúde universal sendo transversal à várias doenças. Sua subjetividade gera dificuldade em descrevê-la, mas se não for tratada pode conduzir a vários efeitos adversos³. Tendo em vista as diferentes formas de percepção e apreciação da dor, que mudam de pessoa para pessoa, é fundamental que os profissionais se atentem a esse fenômeno para melhor avaliação e atenção integral aos pacientes².

A falta de instrumentos objetivos para a mensuração da dor ou possíveis erros que podem provir de uma subavaliação podem comprometer a qualidade de assistência, além de contribuir para morbidades e aumento do tempo de internação⁴.

Durante a internação, os pacientes são expostos a variadas situações e fatores que podem influenciar a forma com que a dor é percebida, podendo resultar em melhora ou piora da queixa⁵.

Estima-se que a prevalência mundial de dor crônica se encontre em torno de 10,1 a 55,5%, e, segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP), a média é de 35,5%⁶. No Brasil, apesar de não existirem muitos estudos epidemiológicos, algumas pesquisas confirmam que a incidência é semelhante à estimada pela IASP⁷. Também se sabe que a principal causa relatada por indivíduos que buscam atendimento ambulatorial é a dor crônica⁸.

O objetivo do estudo é investigar as diferentes faces da dor em pacientes hospitalizados.

2. MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa referente à presença de dor em pacientes hospitalizados, com a finalidade de reunir e sintetizar as evidências encontradas em artigos originais sobre o tema em questão que foram selecionados criteriosamente.

Os métodos da revisão seguiram os seguintes passos: definição do propósito da revisão, busca na literatura com a delimitação das palavras chaves, base de dados e definição dos critérios para a seleção dos artigos, análise dos dados obtidos e a avaliação e síntese dos resultados para apresentação.

A revisão abrangeu apenas publicações disponíveis na íntegra nas bases de dados MedLine, LILACS e PubMed. Os descritores definidos no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e no MeSH (*Medical Subject Headings*) foram: “dor” AND “pacientes” AND “internados” com seus respectivos descritores em inglês e espanhol.

Critérios de inclusão: artigos originais pertinentes ao tema, que estavam disponíveis gratuitamente na íntegra nas bases de dados, em idioma português, inglês ou espanhol e publicadas no período de 2015 a 2020.

Critérios de exclusão: artigos repetidos, outras revisões da literatura, trabalhos cuja população estudada era composta por crianças ou por idosos, estudos que pesquisavam algum tipo de tratamento, artigos publicados fora do recorte temporal e artigos que citam dor em pacientes não hospitalizados.

A busca dos artigos ocorreu no período de agosto a outubro de 2020, e a seleção final foi realizada por dois autores independentes. Os estudos selecionados foram organizados de forma comparativa e estão evidenciados na Tabela 1.

3. RESULTADOS

Foram encontrados 2.064 artigos, que passaram por três etapas: (1) análise dos títulos; (2) análise dos resumos; e (3) análise dos objetivos, sendo então filtrados conforme os critérios de inclusão estabelecidos. Após esse processo, 2.044 publicações foram excluídas, por não apresentarem texto completo disponível ou por estarem duplicados, por não terem sido publicados dentro do recorte temporal estabelecido, artigos cuja população pesquisada se tratava de crianças ou idosos, pesquisas de tratamentos para a dor, pesquisas sobre dor em pacientes não hospitalizados, além de serem excluídos outros artigos de revisão (Figura 1).

Assim, foram selecionados 20 estudos que contemplaram os critérios de inclusão estabelecidos para o desfecho primário. Depois de selecionados, os artigos passaram por uma análise conforme os critérios de exclusão.

A síntese dos estudos inseridos na revisão encontra-se na Tabela 1.

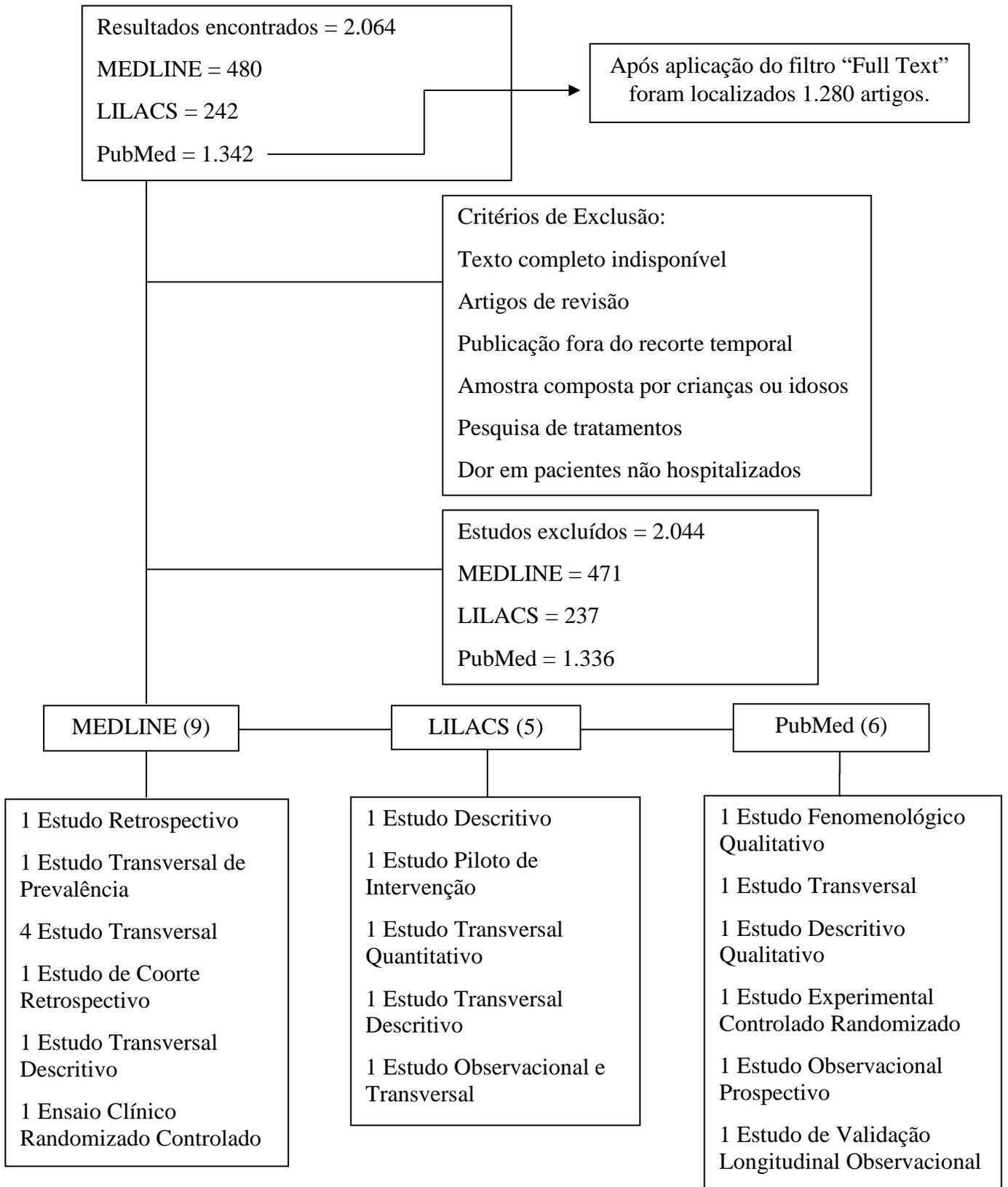


Figura 1: Fluxograma da seleção dos artigos

Tabela 1. Síntese dos estudos selecionados.

Autores/Ano	Tipo de estudo	Amostra	Objetivo	Resultados
Hoogervorst-Schilp et al., 2016 ⁹	Estudo Retrospectivo	3.895	Examinar a conformidade com avaliação da dor no pós-operatório de pacientes após a implementação de um programa nacional de segurança.	Em 12% dos pacientes no pós-operatório a dor foi medida 3 vezes ao dia, todos os 3 dias completos após a cirurgia. Em 53% dos pacientes, a dor foi medida uma vez por dia pelo mesmo período. A conformidade foi maior em hospitais gerais em comparação com hospitais de ensino terciário e acadêmicos.
Van Hecke et al., 2016 ¹⁰	Estudo Transversal de Prevalência	351 pacientes 304 enfermeiros	Avaliar a intensidade da dor e examinar sua associação com o paciente, enfermeiros e relacionada ao sistema barreiras / facilitadores para o tratamento da dor.	A dor média de todos os pacientes em todas as enfermarias foi de 2,2. Uma associação independente significativa foi encontrada entre maior intensidade de dor e idade mais jovem.
Peng et al., 2016 ¹¹	Estudo Transversal	2.293	Esclarecer as características epidemiológicas da dor e fatores relacionados em pacientes hospitalizados no sudoeste da China.	A incidência de dor foi de 57,4% em todos os pacientes internados em repouso, sendo 62,1% dor aguda e 37,9% persistente e crônica. Entre os pacientes cirúrgicos, 90,8% queixaram-se de dor aguda em repouso e 97,1% em movimento, ocorrendo predominantemente (95,2%) em locais cirúrgicos. Idade, menor nível de escolaridade, cirurgia e história de tabagismo foram fatores associados ao aumento da duração e da gravidade da dor pós-operatória e dor não cirúrgica.

Jabusch et al., 2015 ¹⁵	Estudo Transversal Descritivo	88	Quantificar a prevalência de dor entre pacientes adultos internados e o grau de interferência da dor nas atividades diárias.	A por ativ m
------------------------------------	----------------------------------	----	--	-----------------------

Bernhofer et al.,
2017¹⁸

Estudo
Fenomenológico
Qualitativo

16

Desenvolver uma compreensão da
experiência única de dor em
pacientes hospitalizados com um
diagnóstico de admissão de DII e
cuidados afins ou cirurgia.

do

İşlekdemir, Kaya;
2016²¹

Estudo Experimental
Controlado
Randomizado

138

Determinar os efeitos da presença da família nos níveis de dor e ansiedade durante procedimentos invasivos de enfermagem.

dos enfermeiros na perspectiva dos
pacientes.

e
enf
c
in
p

Fermiano et al., 2017 ²⁵	Estudo Piloto de Intervenção	22	Avaliar os níveis de dor em pacientes adultos internados em UTI, sedados, sob ventilação mecânica invasiva, antes, durante e após uma intervenção de fisioterapia respiratória.	M va pac
Panazzolo et al., 2017 ²⁶	Estudo Transversal Quantitativo	336	Avaliar o uso de analgésicos no pós-operatório imediato de pacientes assistidos em uma sala de	Un alg

autorrelato álgico e os dados
registrados nos prontuários médicos
em relação à manifestação dolorosa.

opi
en
en

Legenda: QV: Qualidade de Vida, DCS: Dor Clinicamente Significativa, LCA: Ligamento Cruzado Anterior, DRC: Dor Relativa Intestinal, DN: Dor Neuropática, PLO: *Pain Level Outcome Scale*, UTI: Unidade de Terapia Intensiva,

4. DISCUSSÃO

É crescente o consenso de que a dor deve ser considerada o quinto sinal vital, devendo ser investigada, analisada e registrada com a mesma importância que se dá aos demais sinais vitais. A percepção da dor é multidimensional, apresentando diversidade quanto à qualidade, intensidade sensorial e apresentando variáveis afetivo-emocionais, por isso vem apinhada de subjetividade³⁰.

O estudo de Jabusch et al.¹⁵ demonstra que a prevalência de dor em adultos hospitalizados ocorre em taxas inaceitáveis. Entrevistando 88 pacientes, 70,4% relatam quadro álgico no momento do inquérito, destes, 30% relataram uma duração de dor menor que 7 dias e para 26% a duração superava 3 meses. Mostrando ainda em seus resultados uma relação significativa entre dor e sua interferência nas atividades diárias.

Pode-se apontar como uma limitação desse estudo, a falta de compreensão mais abrangente sobre a experiência dolorosa dos pacientes. Obter dados como características e fatores associados à dor forneceria subsídios importantes para o delineamento de estratégias e mensuração dos esforços, visando a gestão de qualidade da dor nos hospitais¹⁵.

Um fardo muito comum associado a toda e qualquer doença é a dor. Peng et al.¹¹, em sua pesquisa envolvendo pacientes de 17 hospitais da China, observou queixa dolorosa aguda em 90,8% dos participantes em repouso no pós-operatório, concluindo que a analgesia pós-operatória ainda precisa ser melhorada, já que a dor cirúrgica é um importante fator nesses ambientes por ser mais intensa que a não cirúrgica.

A prevalência de dor pós-operatória permaneceu consistentemente alta durante as duas últimas décadas. Um dos fatores que contribuem para esse fato pode ser uma insuficiente avaliação álgica. A disponibilidade de informações sobre a conformidade da dor com sua avaliação nesses pacientes se mostra insuficiente após a implementação de um programa nacional de segurança, e Hoogervorst-Schilp et al.⁹ traz este fato como objetivo de sua pesquisa.

Incluindo apenas pacientes hospitalizados por pelo menos três dias após a cirurgia, a pesquisa avaliou por meio de uma lista de verificação os prontuários dos pacientes quanto à frequência de avaliação de escores dolorosos padronizados, a gravidade da dor e as intervenções realizadas em caso de intensidade moderada e intensa. Os resultados sugeriram que a implementação da medição analgésica em hospitais ainda é insuficiente e superficial,

mostrando que a conformidade da avaliação da dor no pós-operatório de pacientes holandeses após a implementação do programa ainda é baixa⁹.

Já no cenário pós-operatório de cirurgia para correção de escoliose neuromuscular, Rosa, Mendoza e Pontin²⁴ acompanharam 50 adolescentes, dos quais 42% tinham paralisia cerebral, cuja proporção do sexo feminino foi semelhante ao masculino, e perceberam que a imobilidade, apesar dos baixos percentuais observados, é preocupante para essa população. Relatando também que quase toda a amostra (94%) apresentou algum tipo de complicação pós-operatória precoce.

Uma importante limitação encontrada por esses autores se baseia nas definições do que é considerado complicação pós-operatória e quais os desfechos hospitalares nesses casos, que ainda são questões bastante variáveis quanto à literatura. No contexto desse estudo²⁴, foram citados como complicações a constipação, afetando 52% dos participantes, dor moderada a intensa (42%), insuficiência respiratória (24%), uso de ventilação não invasiva (24%), Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (16%), infecção do sítio cirúrgico (12%), infecção respiratória (10%), intubação orotraqueal (6%) e imobilidade (2%).

Quando a experiência dolorosa do paciente é totalmente compreendida, um melhor tratamento se torna possível. Pacientes com Doença Inflamatória Intestinal (DII) hospitalizados experimentam complicações físicas e psicológicas da dor (aguda e crônica). Por isso, Bernhofer et al.¹⁸, entrevistou 16 pacientes de diferentes idades, sexo, tempo de permanência no hospital e tempo de diagnóstico de DII, a fim de compreender a dor desses pacientes e cuidados ou cirurgias relacionadas.

O desfecho foi que esses pacientes apresentam complexas necessidades físicas e emocionais, apresentam quadro álgico diário e frustração com o controle da dor além de relatarem sentimento de serem desacreditados sobre sua dor por enfermeiras e médicos. Também foram coletados¹⁸ vários relatos de sofrimentos desnecessários porque a enfermeira ou médico não estavam familiarizados com técnicas eficazes do controle da dor. Em contrapartida, quando a queixa foi ouvida e atendida adequadamente, houve relatos de conforto experimentados pelos pacientes após a medicação.

O estudo transversal de Panazzolo et al.²⁶ realizado com pacientes em pós-operatório imediato constatou que analgésicos como o tramadol e a dipirona foram os mais prescritos e utilizados para amenizar a queixa dolorosa relatada pelos pacientes na recuperação pós-anestésica. Além disso, verificou-se associação estatística entre não apresentar dor e fazer o

uso de qualquer opioide no pós-operatório, mais uma vez reforçando a importância da prática anestésica para o bem-estar do paciente recém-operado.

A dor em pacientes com câncer internados ou em atendimento ambulatorial foi analisada a partir da versão em espanhol do *Brief Pain Inventory* no estudo de Porta-Sales et al.¹⁴, que apresentou ter menor frequência em pacientes ambulatoriais; estes também relataram menor interferência da dor na vida diária e sentir menos dor relacionada ao câncer em si, no entanto, ela foi associada a uma menor taxa de melhora. Já a intensidade foi semelhante para ambos os grupos.

Em outro estudo²⁹, foram analisados registros de enfermagem em um hospital oncológico, observando-se anotações de presença de dor em mais de 71% dos prontuários que compuseram a amostra (n=38). Quanto às características dolorosas, em 71,1% deles constava o local, 44,7% continham a intensidade da dor, das quais 58,8% foram registradas como intensas. Além disso, 13,2% das anotações especificavam a duração do episódio álgico e os prejuízos advindos da dor, enquanto somente 7,9% dos prontuários qualificava essa dor.

Além disso, a prevalência de dor neuropática (DN) em pacientes japoneses com câncer terminal de uma unidade de cuidados paliativos foi de 18,6%, segundo Harada, Tamura e Ota²², que reuniram uma amostra de 220 participantes, cujo tempo médio de sobrevivência foi de 21,5 dias. O estudo justificou-se pela falta de dados conhecidos sobre a prevalência de DN em pacientes com câncer, principalmente em estágio avançado. A DN foi diagnosticada pelos autores de acordo com o algoritmo da IASP.

A fim de examinar a experiência dolorosa de 16 pacientes hospitalizados com câncer avançado, Erol et al.²⁰ permitiu que indivíduos falassem livremente, usando suas próprias palavras para descrever sua percepção da dor. Os resultados mostraram que esses pacientes experimentam ansiedade, desamparo, desesperança e muitas restrições na vida diária, bem como incapacidade de lidar com a dor.

Para mais, foi demonstrado que eles precisam de mais atenção do enfermeiro já que a maior parte da amostra não estava satisfeita com os cuidados recebidos no que diz respeito ao enfrentamento da dor. As abordagens de cuidados das enfermeiras aos pacientes foram consideradas inadequadas, por isso, esses profissionais de oncologia devem aumentar o conhecimento e habilidades sobre a avaliação da dor e estratégias utilizadas para tratá-la²⁰.

Vale ressaltar que, o profissional responsável pelo cuidado direto da sensação da dor, é o enfermeiro, uma vez que permanece mais tempo próximo do paciente. Ele deve com isso

assumir o manuseio correto da dor, isto é, tornar a avaliação da dor uma prioridade, a fim de proporcionar alívio do sofrimento e melhora da qualidade de vida ao paciente oncológico³².

Já no cenário da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 22 pacientes sedados e sob ventilação mecânica invasiva, cuja doença mais frequente foi a pneumonia nosocomial, tiveram os níveis de dor avaliados antes, durante e após uma intervenção de fisioterapia respiratória, e segundo os achados de Fermiano et al.²⁵ uma única sessão não é suficiente para causar alterações dos níveis algícos de pacientes com sob as condições estudadas.

A dor foi avaliada pela *Behavioral Pain Scale* (BPS), desenvolvida para indivíduos sedados e inconscientes sob ventilação mecânica (VM). Ela avalia expressão facial, movimentos corporais e tolerância à VM e o resultado pode variar de 3 (sem dor) a 12 pontos (dor máxima). A média de resultados da BPS não foi superior a 3,5 em toda a pesquisa²⁵.

O protocolo de fisioterapia respiratória teve duração total de 20 minutos, e consistiu em manobras de vibrocompressão manual em ambos os hemitórax por 10 minutos e aspiração intratraqueal com e sem instilação de soro fisiológico. E o posicionamento estabelecido para o paciente permanecer durante o procedimento foi decúbito dorsal com cabeceira elevada a 30°. Esse estudo²⁵ possui como limitação uma amostra reduzida, o mesmo pesquisador realizar a intervenção e a avaliação e, por se tratar de uma única avaliação, as condições do paciente naquele momento poderiam não refletir seu estado clínico mais constante.

A associação entre dor e qualidade de vida (QV) foi pesquisada por Mikan et al.¹² em três ambientes de cuidado: no ambulatório de oncologia, na enfermaria de internação de oncologia e na unidade de cuidados paliativos. Os resultados para “média” ou “pior dor” foram semelhantes quando associados aos principais aspectos da QV, enquanto para “menor dor” a associação foi relativamente pequena. A dor tem uma associação com a QV física e emocional, sendo menor nos pacientes com câncer da unidade de cuidados paliativos do que nos pacientes ambulatoriais ou internados.

Um indivíduo geralmente prefere ter um membro da sua família presente durante intervenções médicas ou de enfermagem, por isso presumia-se que a presença da família reduzia os níveis de ansiedade e dor dos pacientes. Entretanto, İşlekdemir e Kaya²¹ pesquisaram em 138 pacientes alocados aleatoriamente em um grupo experimental (que contou com a presença da família) e um grupo controle (que permaneceu sem nenhum familiar), e observaram que os estados de ansiedade e dor durante procedimentos invasivos de enfermagem não diferiram de um grupo para o outro, concluindo que a presença da família

não influencia esses escores, podendo então ser baseada puramente na preferência dos pacientes.

Ademais, a intensidade da dor foi avaliada a fim de examinar sua associação com pacientes, enfermeiros e o sistema barreiras/facilitadores para o seu tratamento. A prevalência de dor encontrada nos pacientes das enfermarias incluídas na pesquisa foi de 64,4%, dos quais a maior parte (36,7%) apresentou dor leve. Dos enfermeiros que responderam ao questionário, mais da metade (66,8%) estimaram seu conhecimento sobre a dor como “moderado”¹⁰.

As principais barreiras percebidas pelos pacientes foram relutância em tomar opiáceos (51%), medo de efeitos colaterais (47%) e não querer ser um fardo para os enfermeiros (47%). Já em relação aos enfermeiros, a maior parte percebeu a dor como uma prioridade (92,4%) e relataram que há analgésicos na enfermaria (84,6%). A barreira percebida por 30,6% das enfermeiras foi tempo insuficiente para ouvir o paciente¹⁰.

Os resultados indicam que 12,1% da variação na intensidade álgica relatada pelos pacientes pode ser explicada a nível da enfermaria, significando que as melhorias no manejo da dor devem se concentrar tanto nos pacientes como nos profissionais de saúde, pois ambos contribuíram para essa variação. Este estudo¹⁰ identificou duas barreiras que explicam 10,7% de toda a variância, foram elas o nível educacional dos enfermeiros e o medo dos enfermeiros de efeitos colaterais; ficando apenas uma pequena proporção de variação sem ser explicada.

Não tão distante, Dequeker et al.¹⁹ avaliou a concordância entre enfermeiros e pacientes hospitalizados em relação à avaliação da intensidade dolorosa, encontrando uma relação moderada para esse aspecto. O nível de concordância se mostrou maior quando uma escala validada foi utilizada pelos enfermeiros para avaliar a dor e quando os pacientes tinham menos de 65 anos.

Ainda neste estudo¹⁹, foram investigadas as barreiras relacionadas ao paciente para o manejo da dor, onde 40,7% declaram ter dificuldade com a sua avaliação e 37,9% relutância em relatar a dor, entretanto na percepção dos enfermeiros, esses percentuais foram 12,6% e 10,5%, respectivamente, mostrando que os enfermeiros subestimam significativamente a gestão dolorosa por parte dos pacientes.

Para melhorar essas falhas, os enfermeiros devem ser capacitados e mais encorajados a explorar ativamente as barreiras relacionadas ao paciente para o manejo da dor, com isso os pacientes poderão ser educados de forma a reduzi-las. Avaliações rotineiras do nível álgico também devem ser encorajadas, já que muitos pacientes só relatam a dor quando solicitados.

Por fim, os pacientes devem ser instruídos sobre como usar escalas de avaliação de dor nas enfermarias e hospitais¹⁹.

Sousa-Muñoz et al.²⁸, com o objetivo de avaliar a prevalência de dor em pacientes hospitalizados, caracterizou-se que o tempo médio de duração do quadro doloroso é de 8,8 meses e presença de dor aguda em 50,4% da amostra. Um diferencial desse estudo²⁸ foi a observação do predomínio do sexo feminino tanto para dor aguda (65,5%) como crônica (57,9%). Vinte e oito participantes (24,3%) relatam a dor como queixa principal que motivou a hospitalização. As regiões abdominais (34,8%) e pélvica (33%) foram mais frequentemente apontadas para dor aguda e crônica.

Predominaram relatos de níveis dolorosos mais intensos, sendo 7,3 a intensidade média para toda a amostra. Dor intensa foi apresentada por 60 indivíduos, representando 52,2%, enquanto 39 registraram dor de moderada intensidade (33,9%). A avaliação da concordância entre o autorrelato algíco e os dados registrados nos prontuários demonstrou que em apenas 45 (39,1%) prontuários foram registradas informações sobre dor no momento da admissão e em 42 (36,1%) durante a evolução²⁸.

Por fim, observou-se prescrição inadequada de analgésicos para 78,3% dos pacientes, sendo que 13 esquemas terapêuticos foram adequados para dor leve, 9 para dor moderada e 2 para dor intensa. Prevaleceu o emprego da monoterapia com uso de analgésicos não-opioides e anti-inflamatórios não hormonais (87,8%). A dor é pouco avaliada e subtratada nas enfermarias clínicas, além de haver discrepância entre o autorrelato doloroso e os registros dos prontuários; os esquemas terapêuticos implementados se mostraram inadequados, evidenciando a necessidade de maior conhecimento farmacológico por parte das equipes de saúde²⁸.

Notou-se também que, apesar dos avanços na área da saúde, a dor ainda se apresenta como um problema pouco investigado e até subestimado por profissionais da saúde durante os atendimentos. Os obstáculos mais frequentes são a falta de conhecimento e habilidade na obtenção do controle analgésico, preocupação com os efeitos adversos dos opioides, medo sobre a possibilidade de drogadição e a relutância em entender as queixas dolorosas como respostas humanas passíveis de intervenção. Concluindo que o profissional tem tido dificuldade de avaliar e documentar rotineiramente a dor³¹.

A dor aguda é caracterizada como um sintoma valioso na investigação e definição do diagnóstico do paciente. Bertoncetto et al.²⁷ acompanhou a evolução algíca de pacientes

internados na Unidade de Emergência, realizando um estudo com 24 pacientes no Hospital de Ensino do Sul do País. Utilizando a Escala Numérica Verbal de Dor (ENV) e o instrumento proposto por McCaffery e Beebe para avaliar e controlar a dor aguda, percebeu que as dores de forte intensidade são mais prevalentes nas queixas referidas pelos pacientes.

O processo álgico é mais frequentemente precedido por dores na região lombar, abdominal, membros inferiores e cefaleia segundo a prevalência de procura por atendimento na unidade de emergência, as quais são aliviadas, em sua maioria, por analgesia simples que apresentam um bom efeito no controle da dor, seguido por opioides e, por fim, anti-inflamatórios não hormonais. A utilização de escalas numéricas visuais para mensuração do quadro doloroso auxiliou positivamente a interação entre paciente e enfermeiro no momento da pontuação da dor, apesar de alguns pacientes ainda apresentarem dificuldade para quantificá-la.

Além disso, já se sabe que a dor causada por procedimentos é comum a pacientes hospitalizados e que a dor relacionada ao cuidado (DRC) é subvalorizada, mas pouco se sabe sobre os cuidados direcionados a ela além do fato de não ser considerada nem gerida adequadamente. Para melhorar esse fato, Ambrogi et al.¹⁷ sugere que os profissionais de saúde devem ser capacitados especificamente para melhorar o gerenciamento da DRC e que deve ser dada uma atenção especial aos pacientes hospitalizados com risco de dor intensa relacionada ao tratamento.

Percebe-se que mais do que um sintoma, a dor é uma doença, é um evento orgânico subjetivo, de difícil aferição, cujo controle deve estar incluído no tratamento do paciente tendo em vista sua capacidade de causar alterações biológicas, psicossociais e psicossomáticas. Dentre os sintomas orgânicos mais comuns estão a perda de sono, prejuízo no trabalho, na movimentação e deambulação, alterações de humor, da capacidade de concentração e da relação familiar, além de alterações da atividade sexual e outras questões de saúde mental³³.

Alterações respiratórias, hemodinâmicas e metabólicas podem ser causadas pela dor não controlada, predispondo o paciente a instabilidade cardiovascular, maior consumo energético e proteico, dificuldade na deambulação precoce que favorece o aparecimento de trombose venosa profunda, principalmente em idosos, também causando insônia, maior desgaste metabólico, fadiga e menor cooperação com o tratamento³⁴.

Uma das principais limitações desta revisão é a falta de estudos sobre recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento e alívio da dor em pacientes hospitalizados.

O tema Dor deve ser considerado um alerta para os profissionais de saúde, sobretudo para aguçar o olhar do profissional a entender que, o sucesso dos diferentes tratamentos à pacientes hospitalizados mantém relação direta com a identificação da dor, o quinto sinal vital.

5. CONCLUSÃO

A dor é uma queixa comum a diferentes diagnósticos, procedimentos ou mesmo tratamentos; podendo afetar qualquer paciente. Prejudica a capacidade funcional, interfere no prognóstico favorável da doença, na qualidade de vida e independência das atividades de vida diária, por esses motivos, deve ser considerada o quinto sinal vital a ser registrado pelos profissionais de saúde.

A utilização de instrumentos e métodos corretos para avaliar a dor facilita a identificação de sua gênese, o que é necessário para oferecer um tratamento individualizado e centrado na necessidade de conforto e bem-estar do paciente. Nesta revisão, foi observado que a dor é mais comum em alas de pós-operatórios e de cuidados paliativos, onde também se mostrou mais intensa; além de ser mais frequentemente relatada por mulheres jovens.

Estudos demonstram que a dor continua presente em indivíduos hospitalizados, significando que há uma falha nos protocolos de analgesia em hospitais de diversas partes do mundo. A principal barreira para um manejo adequado da dor é uma boa avaliação por parte do profissional, o que demanda tempo e confiança no relato dos pacientes, pois somente assim poderão instituir terapêuticas para minimizar a queixa.

A prevalência de prescrição inadequada de medicamentos para tratar a dor é de 78,3%, erro causado principalmente pela falta de conhecimento e habilidade sobre o controle analgésico, seguido pela preocupação com os efeitos e possibilidade de drogadição além da relutância em entender as queixas dolorosas. Foi relatado por vários estudos que a dor é pouco avaliada devido à falta de tempo e pela dificuldade do profissional em questionar adequadamente o paciente e documentar a dor.

Percebe-se a necessidade de maior interlocução e aprofundamento sobre o assunto, envolvendo uma equipe multiprofissional, com intuito de desenvolver métodos de tratamento e alívio da dor, direcionada para o perfil e característica dos pacientes de cada hospital. Por

fim, considerando o ambiente hospitalar, nos chama atenção a ausência ou omissão de terapias não farmacológicas para o manejo da dor.

REFERÊNCIAS

1. IASP. International Association for the Study of Pain. Qual o problema? Out 2011. Disponível em https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/AcutePainFactSheets/1-Problem_Portuguese.pdf. Acesso em 08 Abr. 2020.
2. Nascimento LA, Kreling MCGD. Assessment of pain as the fifth vital sign: opinion of nurses. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(1):50-4.
3. Silva EJGDG, Dixe MACR. Prevalência e características de dor em pacientes internados em hospital português. *Rev. Dor, São Paulo*, 2013;14(4):245-250.
4. Department of Health and Human Services (US). National Institutes of Health. NIH Consensus Development Program. The integrated approach to the management of pain [Internet]. Consensus Development Conference Statement; 1986 May 19-21; Kensington (MD) [cited 2012 May]. Disponível em: <http://consensus.nih.gov/1986/1986PainManagement055html.htm>
5. Oliveira CMD, Carvalho DVDC, Matos SSD, Soares SM, Malheiros JÁ, Junior AAA. Pain in hospitalized elders with musculoskeletal dysfunction. *Rev Med Minas Gerais* 2013;23(1):31-36.
6. Harstall C, Ospina M. How prevalent is chronic pain? *Pain: Clinical Updates.* 2003;11(2):1-4.
7. Cipriano A, Almeida DB, Vall J. Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil. *Rev Dor.* 2011;12(4):297-300.
8. Ponte STD, Machado A, Dutra APG, et al. Dor como queixa principal no serviço de pronto-atendimento do hospital municipal de São Pedro do Sul, RS. *Rev Dor.* 2008;9(4):1345-9.
9. Hoogervorst-Schilp J, van Boekel RLM, de Blok C, Steegers MAH, Spreeuwenberg P, Wagner C. Postoperative pain assessment in hospitalised patients: National survey and secondary data analysis. *Int. J. Nurs. Stud.* 2016;63:124–131.
10. Van Hecke A, Van Lancker A, De Clercq B, De Meyere C, Dequeker S, Devulder J. Pain Intensity in Hospitalized Adults. *Nurs. Res.* 2016;65(4):290-300.
11. Peng LH, Jing JY, Qin PP, Su M. A Multi-centered Cross-sectional Study of Disease Burden of Pain of Inpatients in Southwest China. *Chin Med J (Engl).* 2016;129(8):936-941.
12. Mikan F, Wada M, Yamada M, Takahashi A, Onishi H, Ishida M, et al. The Association Between Pain and Quality of Life for Patients with Cancer in an Outpatient Clinic, an

Inpatient Oncology Ward, and Inpatient Palliative Care Units. *Am J Hosp Palliat Me.* 2016;33(8),782–790.

13. Wang WY, Ho ST, Wu SL, Chu CM, Sung CS, Wang KY, et al. Trends in Clinically Significant Pain Prevalence Among Hospitalized Cancer Patients at an Academic Hospital in Taiwan: A Retrospective Cohort Study. *Baltimore Md.* 2016;95(1):e2099.
14. Porta-Sales J, Nabal-Vicuna M, Vallano A, Espinosa J, Planas-Domingo J, Verger-Fransoy E, et al. Have We Improved Pain Control in Cancer Patients? A Multicenter Study of Ambulatory and Hospitalized Cancer Patients. *J Palliat Med.* 2015;18(11),923–932.
15. Jabusch KM, Lewthwaite BJ, Mandzuk LL, Schnell-Hoehn KN, Wheeler BJ. The Pain Experience of Inpatients in a Teaching Hospital: Revisiting a Strategic Priority. *Pain Manag Nurs.* 2015;16(1),69–76.
16. Valkering KP, van Bergen CJA, Buijze GA, Nagel PHAF, Tuinebreijer WE, Breederveld RS. Pain experience and functional outcome of inpatient versus outpatient anterior cruciate ligament reconstruction, an equivalence randomized controlled trial with 12 months follow-up. *The Knee,* 2015;22(2),111–116.
17. Ambrogi V, du Montcell ST, Collin E, Coutaux A, Bourgeois P, Bourdillon F. Care-related pain in hospitalized patients: Severity and patient perception of management. *Eur J Pain.* 19;(2015)313-321.
18. Bernhofer EI, Masina VM, Sorrell J, Modic MB. The Pain Experience of Patients Hospitalized With Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterol Nurs.* 2017;40(3),200–207.
19. Dequeker S, Van Lancker A, Van Hecke A. Hospitalized patients' vs. nurses' assessments of pain intensity and barriers to pain management. *J. Adv. Nurs.* 2017;74(1),160–171.
20. Erol O, Unsar S, Yacan L, Pelin M, Kurt S, Erdogan B. Pain experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study. *Eur J Oncol Nurs.* 2018;33,28–34.
21. İşlekdemir B, Kaya N. Effect of family presence on pain and anxiety during invasive nursing procedures in an emergency department: A randomized controlled experimental study. *Int. Emerg. Nurs.* 2016;24,39–45.
22. Harada S, Tamura F, Ota S. The Prevalence of Neuropathic Pain in Terminally Ill Patients With Cancer Admitted to a Palliative Care Unit. *Am J Hosp Palliat Me.* 2015;33(6),594–598.
23. Bellido-Vallejo JC, Rodríguez-Torres MC, López-Medina IM, Pancorbo-Hidalgo PL. Psychometric Testing of the Spanish Version of the Pain Level Outcome Scale in Hospitalized Patients With Acute Pain. *Int J Nurs Knowl.* 2015;27(1),10–16.
24. Rosa FFDS, Mendoza MAL, Pontin JCB. Epidemiological Profile And Outcomes In Postoperative Neuromuscular Scoliosis. *Coluna/Columna,* 19(1), 26-29. Epub March 16, 2020.
25. Fermiano NTC, Cavenaghi OM, Correia JR, Brito MVCD, Ferreira LL. Avaliação dos níveis algicos de pacientes críticos em terapia intensiva, antes, durante e após sessão de fisioterapia respiratória: um estudo piloto. *Sci Med.* 2017;27(2):ID26647.

26. Panazzolo PS, Siqueira FD, Portella MP, Stumm EMF, Colet CDF. Pain evaluation at the post-anesthetic care unit of a tertiary hospital. *Rev Dor*. 2017;18(1),38-42.
27. Bertoncetto KCG, Xavier LB, Nascimento ERPD, Amante LN. Dor aguda na emergência: avaliação e controle com o instrumento de MacCaffery e Beebe. *J Health Sci* 2016;18(4):251-6.
28. Sousa-Muñoz RL, Rocha GES, Garcia BB, Maia AD. Dor e adequação analgésica em pacientes hospitalizados. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2015;48(6):539-48.
29. Silva YBD, Pimenta CADM. Análise dos registros de enfermagem sobre dor e analgesia em doentes hospitalizados. *Rev. esc. enferm. USP*. 2003, Jun;37(2):109-118.
30. Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. *Rev. Latinoam. Enfermagem*. 2002 June;10(3):446-447.
31. Lopes LB, Souza MI, Pereira ME. Dor - 5º sinal vital: Análise do Conhecimento da Equipe de Enfermagem. 57º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Goiânia, 2005.
32. Tulli AC, Pinheiro CS, Teixeira SZ. Dor oncológica: os cuidados de enfermagem. *Rev Bras Cancerol*. 1999. Disponível em:
<http://portaldeenfermagem.blogspot.com.br/2008/07/artigo-dor-oncolgica-os-cuidados-de.html>. Acesso em 12 Jan. 2021.
33. Araujo LCD, Romero B. Dor: avaliação do 5º sinal vital. Uma reflexão teórica. *Rev. Dor*. 2015 Dez; 16 (4): 291-296. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132015000400291&lng=en. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20150060>. Acesso em: 19 Jan. 2021.
34. Pimenta CA, Partinoi AG. Dor e cultura. In: Carvalho MM (organizador). *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo; Summus: 1999. 159-73p.

Normas da Revista

O Brazilian Journal of Pain (BrJP), versão impressa: ISSN 2595-0118 e versão eletrônica: ISSN 2595-3192, e a revista médica multidisciplinar da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED). Trata-se de uma revista que enfoca o estudo da dor nos contextos da clínica e da pesquisa. Todos os profissionais da área da saúde, incluindo biólogos, biomédicos, dentistas, educadores físicos, enfermeiros, farmacêuticos, farmacologistas, fisiologistas, fisioterapeutas, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais etc., todos os profissionais de qualquer área do conhecimento interessados no estudo e tratamento da dor, sócios ou não da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED). Os artigos são de inteira responsabilidade dos autores e a periodicidade é **trimestral**.

Todos os trabalhos submetidos são revisados e a revista segue os Requerimentos Uniformes para Manuscritos submetidos a revistas biomédicas (URM – Uniform Requirements of Manuscripts submitted to Biomedical Journals – The International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE). Os artigos recebidos são enviados para **3-4** revisores, que são solicitados a devolver a avaliação em 15 dias. Após o recebimento dos pareceres os autores têm **15** dias de prazo para responderem as sugestões realizadas pela revisão. Artigos sem resposta no prazo de seis meses deverão ser resubmetidos. Serão realizadas tantas revisões quanto necessárias, sendo que a decisão final de aprovação caberá ao editor. Aos autores são solicitadas as garantias que nenhum material infrinja direito autoral existente ou direito de uma terceira parte. O BrJP segue o Estatuto Político Editorial (Editorial Policy Statements) do Conselho de Editores Científicos (CSE - Council of Science Editors). Informações complementares sobre os aspectos éticos e de má conduta podem ser consultados pelo site (<http://www.dor.org.br>) e pelo sistema de submissão online. O processo de avaliação é muito rigoroso e o anonimato entre autores e revisores é protegido.

A revista não cobra dos autores taxas referentes à submissão de artigos.

Os manuscritos enviados ao BrJP estão sujeitos a avaliação através de ferramentas para detectar plágio, duplicação ou fraude, e sempre que estas situações forem identificadas, o Editor contatará os autores e suas instituições. Se tais situações forem detectadas, os autores devem preparar-se para uma recusa imediata do manuscrito. Se o Editor não estiver ciente desta situação previamente a publicação, o artigo será retratado na próxima edição do BrJP. Os autores terão acesso aberto através do portal <https://sbed.org.br/publicacoes-publicacoes-bjp/>.

INFORMAÇÕES GERAIS

Os artigos deverão ser enviados através de submissão online: <https://www.gnpapers.com.br/brjp/default.asp>, inclusive o documento de Cessão de Direitos Autorais, disponível no portal da SBED, na pasta publicações, devidamente assinado pelo(s) autor(es). Deve ser encaminhada Carta de Submissão juntamente com os arquivos do manuscrito, que conste as informações referentes a originalidade, conflitos de interesses, fontes de financiamento, bem

como que o artigo não está em avaliação por outra revista nem foi publicado anteriormente. Também deve constar nesta carta a informação de que o artigo, se aceito, será de direito de publicação exclusiva no BrJP, e se respeita os aspectos éticos, no caso de estudos envolvendo animais ou humanos. Os artigos poderão ser enviados em português ou em inglês, porém a publicação impressa será em português e a publicação eletrônica em português e inglês. Os autores têm a responsabilidade de declarar conflitos de interesses no próprio manuscrito, bem como agradecer o apoio financeiro quando for o caso. O BrJP considera a publicação duplicada ou fragmentada da mesma investigação, infração ética e tem o cuidado de utilizar mecanismos para encontrar similaridades de textos para detectar plágio.

Correção Final e Aprovação para Publicação: Quando aceitos, os artigos serão encaminhados para o processamento editorial que deverá ocorrer em um prazo de 5 dias, e após, submetidos ao autor correspondente no formato PDF para que faça a aprovação final antes do encaminhamento para publicação e impressão. O autor terá até três dias para aprovar o PDF final.

FORMAS DE APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS

Título: Deve ser curto, claro e conciso para facilitar sua classificação. Quando necessário, pode ser usado um subtítulo. Deve ser enviado em português e inglês.

Autor(es): O(s) nome(s) completo(s) do(s) autor(es) e afiliações (**na ordem hierárquica de: Universidade, Faculdade, Hospital, Departamento, mini-currículos não são aceitos**).

Autor de correspondência: Nome, endereço convencional, CEP, cidade, estado, país e endereço eletrônico. Os autores devem informar o ORCID de todos os autores.

Fontes de financiamento (quando houver).

1. Resumo estruturado, com no máximo 250 palavras. Para artigos de Pesquisa e Ensaio Clínicos incluir: **JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS, MÉTODOS, RESULTADOS e CONCLUSÃO**. Para os relatos de casos incluir: **JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS, RELATO DO CASO e CONCLUSÃO**. Para artigos de revisão incluir: **JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS, CONTEÚDO e CONCLUSÃO**. Incluir até seis descritores. Recomenda-se a utilização do DeCS – Descritores em Ciência da Saúde da Bireme, disponível em <http://decs.bvs.br/>.

2. Abstract: A versão do resumo para o inglês deve ser encaminhada junto ao artigo. Incluir até seis keywords.

3. Corpo do Texto: Organizar o texto de acordo com os tipos de artigo descritos a seguir. Em artigos originais com humanos ou animais deve-se informar aspectos éticos além do número do processo e o ano do Comitê ou Comissão de Ética da Instituição.

Para todos os artigos que incluem informação sobre pacientes ou fotografias clínicas, deve-se obter consentimento escrito e assinado de cada paciente ou familiar, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e não precisam ser encaminhados no processo de submissão.

Nomes genéricos dos fármacos devem ser usados. Quando nomes comerciais são usados na pesquisa, estes nomes devem ser incluídos entre parêntesis no capítulo “MÉTODOS”.

1. ARTIGOS ORIGINAIS

Introdução - Esta sessão deve descrever sucintamente o escopo e o conhecimento prévio baseado em evidência para o delineamento da pesquisa, tendo como base referências bibliográficas relacionadas ao tema. Deve incluir ao final o objetivo da pesquisa de forma clara. Incluir até seis autores.

Métodos - Deve incluir o desenho do estudo, processos de seleção de amostra, aspectos éticos, critérios de exclusão e de inclusão, descrição clara das intervenções e dos métodos utilizados, além das análises dos dados bem como poder da amostra e testes estatísticos aplicados.

Resultados - Devem ser descritos de forma objetiva, elucidados por figuras e tabelas quando necessário. Incluir análises realizadas e seus resultados.

Discussão - Esta seção deve discutir os resultados encontrados na pesquisa à luz do conhecimento prévio publicado em fontes científicas, devidamente citadas. Pode ser dividido em subcapítulos. Incluir as limitações do estudo. Incluir sempre que possível, as implicações clínicas do estudo e informações sobre a importância e a relevância. Evitar o uso de nomes de autores no texto, somente a referência sobrescrita.

Conclusão - Esta seção deve finalizar com a conclusão do trabalho.

Agradecimentos - Agradecimentos a colaboradores entre outros poderão ser citados nesta seção, antes das referências.

Referências - Devem estar formatadas segundo as normas de Vancouver (<http://www.icmje.org>).

Figuras e Tabelas - Devem ser enviadas juntas com o texto principal do artigo, ou como anexos, em formato que permita edição.

2. RELATOS DE CASO

Relatos de caso que apresentem relevância e originalidade são convidados a serem submetidos ao BrJP. Devem respeitar um limite de 1.800 palavras. Incluir até três autores. A estruturação do corpo do texto deve conter:

Introdução - Esta sessão deve descrever sucintamente o conhecimento prévio baseado em evidência para o caso clínico, tendo como base referências bibliográficas relacionadas ao tema.

Relato do Caso – Esta sessão deve descrever objetivamente o caso clínico com os detalhes relevantes.

Discussão – Esta seção deve discutir os dados relevantes do caso clínico à luz do conhecimento prévio publicado em fontes científicas, devidamente citadas. Deve finalizar

com a conclusão sobre os aspectos relevantes do caso e informações sobre a importância e a relevância.

Referências - Devem estar formatadas segundo as normas de Vancouver (<http://www.icmje.org>).

Figuras e tabelas - Podem ser incluídas. © Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor 3.

ARTIGOS DE REVISÃO

Metanálises e revisões sistemáticas e integrativas da literatura sobre assuntos relevantes relacionados ao estudo e terapêutica da dor, com análise crítica da literatura e realizada de forma sistemática, são bem-vindas. Devem ser estruturadas da seguinte forma:

Introdução – Esta sessão deve descrever sucintamente o escopo para o delineamento da revisão.

Conteúdo – Esta sessão deve analisar de modo crítico a literatura, tendo como objetivo levantar, reunir, avaliar criticamente a metodologia da pesquisa e sintetizar os resultados de diversos estudos primários, buscando responder a uma pergunta de pesquisa claramente formulada, utilizando métodos sistemáticos e explícitos para recuperar, selecionar e avaliar os resultados de estudos relevantes.

Conclusão - Esta seção deve finalizar com a conclusão da revisão.

Agradecimentos – Agradecimentos a colaboradores entre outros poderão ser citados nesta seção, antes das referências.

Referências - Devem estar formatadas segundo as normas de Vancouver (<http://www.icmje.org>).

Figuras e Tabelas - Devem ser enviadas juntas com o texto principal do artigo, em formato que permita edição.

4. CARTAS

Podem ser enviadas cartas ou comentários a qualquer artigo publicado na revista, com no máximo 400 palavras e até cinco referências, formatadas segundo as normas de Vancouver (<http://www.icmje.org>).

REFERÊNCIAS

O BrJP adota as “Normas de Vancouver” (<http://www.icmje.org>) como estilo para formatação das referências. Estas devem ser apresentadas no texto na ordem sequencial numérica, sobrescritas. Não deverão ser citados trabalhos não publicados e preferencialmente evitar a citação de resumos apresentados em eventos científicos. Referências mais antigas do que cinco anos deverão ser citadas caso sejam fundamentais para o artigo. Artigos já aceitos para publicação poderão ser citados com a informação de que estão em processo de publicação. Deverão ser citados até seis autores e, se houver mais, incluir após os nomes, et al. O título do periódico deverá ter seu nome abreviado. Informar o ano, volume, fascículo e página inicial e final (números coincidentes não se repetem), por exemplo: BrJP. 2019;5(3):251-5.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS:

Artigos de revistas:

- 1 autor - Craig KD. The social communication model of pain. *Can Psychol.* 2009;50(1):22-32.
- 2 autores - Araujo LC, Romero B. Pain: evaluation of the fifth vital sign. A theoretical reflection. *Rev Dor.* 2015;16(4):291-6.
- 3 autores - Hampton AJD, Hadjistavropoulos T, Gagnon MM. Contextual influences in decoding pain expressions: effects of patient age, informational priming, and observer characteristics. *Pain.* 2018;159(11):2363-74.
- Mais de 6 autores - Barreto RF, Gomes CZ, Silva RM, Signorelli AA, Oliveira LF, Cavellani CL, et al. Pain and epidemiologic evaluation of patients seen by the first aid unit of a teaching hospital. *Rev Dor.* 2012;13(3):213-9.

Artigo com errata publicada: Sousa AM, Cutait MM, Ashmawi HA. Avaliação da adição do tramadol sobre o tempo de regressão do bloqueio motor induzido pela lidocaína. Estudo experimental em ratos avaliação da adição do tramadol sobre o tempo de regressão do bloqueio motor induzido pela lidocaína. Estudo experimental em ratos. *Rev Dor.* 2013;14(2):130-3. Errata em: *Rev Dor.* 2013;14(3):234.

Artigo de suplemento: Walker LK. Use of extracorporeal membrane oxygenation for preoperative stabilization of congenital diaphragmatic hernia. *Crit Care Med.* 1993;2(2Suppl1):S379-80.

Livro: (quando estritamente necessários) Doyle AC, editor. *Biological mysteries solved*, 2nd ed. London: Science Press; 1991. 477-80p.

Capítulo de livro: Riddell RP, Racine NM, Craig KD, Campbell L. Psychological theories and biopsychosocial models in paediatric pain. In: McGrath P, Stevens B, Walker S, Zempsky W. *Paediatric Pain*. Oxford, 1st ed. New York: Oxford University Press; 2018. 85-94p.

Teses e dissertações: não são aceitas.

ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Todas as ilustrações (incluindo figuras, tabelas e fotografias) devem ser obrigatoriamente citadas no texto, em lugar preferencial de sua entrada. Enumera-las em algarismos arábicos. Todas deverão conter título e legenda. Utilizar fotos e figuras em branco e preto, e restringi-las a um máximo de três. Um mesmo resultado não deve ser expresso por mais de uma ilustração. Sinais gráficos utilizados nas tabelas, figuras ou siglas devem ter sua correlação mencionada no rodapé. Figuras e tabelas devem ser enviadas em formato que permita edição, segundo recomendação a seguir:

Formato Digital

A carta de submissão, o manuscrito, e a Cessão de Direitos (como anexos), as tabelas deverão ser encaminhadas no formato DOC (Word) e inseridas no texto, no seu local de inserção. As

figuras e fotos podem ser enviadas como anexos. Fotos deverão ser digitalizadas com resolução mínima de 300 DPI, em formato JPEG. O nome do arquivo deve expressar o tipo e a numeração da ilustração (Figura 1, Tabela 2, por exemplo). Cópias ou reproduções de outras publicações serão permitidas apenas mediante a anexação de autorização expressa da Editora ou do Autor do artigo de origem.

Ética:

Quando relatando estudos em humanos, os autores devem indicar se os procedimentos do estudo estão de acordo com os padrões éticos definidos pelo Comitê responsável por estudos em humanos (institucional ou nacional, se aplicável) e de acordo com a Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000. Quando se tratar de estudos em animais, os autores devem indicar se as diretrizes institucionais e/ou nacionais para cuidados e uso de animais de laboratório foram seguidas. Em qualquer pesquisa, clínica ou experimental, em humanos ou animais, essas informações devem constar da sessão Métodos. Deve-se citar o número de aprovação e o ano do Comitê de Ética em Pesquisa.

Registro de Ensaio Clínico:

O BrJP respeita as políticas da Organização Mundial de Saúde e da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE - International Committee of Medical Journal Editors) para registro de estudos clínicos, reconhecendo a importância dessas iniciativas para a disseminação internacional de informações sobre pesquisas clínicas com acesso aberto. Assim, a partir de 2012, terão preferência para publicação os artigos ou estudos registrados previamente em uma Plataforma de Registros de Estudos Clínicos que atenda aos requisitos da Organização Mundial de Saúde e da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas. A lista de Plataforma de Registros de Estudos Clínicos se encontra no site <http://www.who.int/ictrp/en>, da International Clinical Trials Registry Platform ICTRP). Entre elas está o Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (ReBEC), que é uma plataforma virtual de acesso livre para registro de estudos experimentais e não experimentais realizados em seres humanos, em andamento ou finalizados, por pesquisadores brasileiros e estrangeiros, que pode ser acessada no site <http://www.ensaiosclinicos.gov.br>.

Uso de Abreviações: O título, o resumo e abstract não devem conter abreviações. Quando expressões são extensas no texto, a partir da INTRODUÇÃO não precisam ser repetidas. Após a sua primeira menção no texto, precedida da sigla entre parêntesis, recomenda-se que suas iniciais maiúsculas as substituam.

Assinaturas: O BrJP é enviado aos membros da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED), mediante o pagamento da assinatura, e gratuito para as Bibliotecas, Associações, Universidades, Faculdades, Sociedades Médicas, SBED Regional e Ligas da Dor registrado no site da SBED.

Comprovante de Submissão



Ilmo(a) Sr.(a)
Prof(a), Dr(a) Bárbara Bernardes Bernardes Lobo

Número do artigo: 317
Seção: Artigo de revisão

Informamos que recebemos o manuscrito "AS FACES DA SENSÇÃO DE DOR EM PACIENTES HOSPITALIZADOS, O QUINTO SINAL VITAL". Ele será enviado para apreciação dos revisores com vistas à publicação no(a) Brazilian Journal of Pain. Por favor, para qualquer comunicação futura sobre o referido manuscrito cite o número do artigo apresentado acima.

O(s) autor(es) declara(m) que o presente trabalho é inédito e o seu conteúdo não foi nem está sendo considerado para publicação em outro periódico brasileiro ou estrangeiro, impresso ou eletrônico.

Obrigado por submeter seu trabalho.
Atenciosamente,

Irimar de Paula Posso
Editor-chefe

««« Enviado por GNPapers - Esta é uma mensagem automática - Por favor não responda este email »»»