



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

NEILTON NOGUEIRA DE SOUSA

CONHECIMENTO DE GRADUANDOS DE ENFERMAGEM SOBRE A DOR

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em forma de artigo apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), sob a orientação do Prof. Lincoln Agudo Oliveira Benito.

BRASÍLIA

2016

Conhecimento de graduandos de enfermagem sobre a dor

Neilton Nogueira de Sousa¹
Lincoln Agudo Oliveira Benito²

Resumo

De acordo com a Associação Internacional para o Estudo do Dor (IASP), o fenômeno da dor se caracteriza enquanto sendo uma sensação ou experiência emocional desagradável. O objetivo desse trabalho é analisar o conhecimento de estudantes em enfermagem (EE) sobre a dor. Trata-se de um estudo transversal e descritivo com abordagem quantitativa. O estudo também apontou que 65,20% (n=161) dos entrevistados acreditam que durante a graduação não receberam informação suficiente para realizar o manejo de pacientes com dor, 93,90% (n=232) declararam a inexistência de uma disciplina específica sobre a dor, 76,90% (n=190) não sabem a diferença entre dor nociceptiva e neuropática, 59,10% (n=146) não conhecem alguma escala para avaliação de dor, 91,10% (n=225) considera necessário melhorar seu conhecimento no tratamento de pacientes com dor. Os dados mostraram reduzido conhecimento dos estudantes de enfermagem em relação à dor.

Palavras-chave: Conhecimento. Estudantes de Enfermagem. Dor.

Knowledge of nursing undergraduates about pain

Abstract

According to the International Association for the Study of Pain (IASP), the phenomenon of pain is characterized as being an unpleasant feeling or emotional experience. The objective of this study is to analyze students' knowledge about nursing (EE) on pain. This is a cross-sectional and descriptive study with a quantitative approach. The study also found that 65.20% (n = 161) of the interviewees believe that during graduation they did not receive sufficient information to perform the management of patients with pain, 93.90% (n = 232) stated that there was no specific discipline (N = 190) do not know the difference between nociceptive and neuropathic pain, 59,10% (n = 146) do not know any pain rating scale, 91,10% (n = 225) Considers it necessary to improve their knowledge in the treatment of patients with pain. The data showed reduced knowledge of nursing students regarding pain.

Key Words: Knowledge. Nursing students. Pain.

¹ Graduando em enfermagem no Uniceub

² Professor do curso de enfermagem do Uniceub

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), o fenômeno da dor se caracteriza enquanto uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada com dano tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal dano. Nesse sentido, dor é sempre subjetiva e pessoal. A severidade da dor não é diretamente proporcional à quantidade de tecido lesado e muitos fatores podem influenciar a percepção deste sintoma, como por exemplo, a fadiga, a depressão, a raiva, o medo, a ansiedade, os sentimentos de falta de esperança e de amparo (IASP, 2012).

Desta forma, a dor é algo comum a todo ser humano que possui suas particularidades e “pontos-chave”, sendo por vezes, ativada por componentes psicológicos e subjetivos. Assim sendo, cada indivíduo reage a dor de forma diferente, levando também em consideração a intensidade da dor. Tendo em vista que a dor é algo subjetivo e que cada pessoa se expressa de forma diferente, o primeiro desafio no combate à dor é sua mensuração. Neste intuito, foram criadas diversas escalas a fim de mensurar a dor do indivíduo para que uma intervenção seja feita. O processo de avaliação da dor é amplo e envolve a obtenção de informações relacionadas à data de início, a localização, a intensidade, a duração e a periodicidade dos episódios dolorosos, as qualidades sensoriais e afetivas do paciente, aos fatores que iniciam, aumentam ou diminuem a sua intensidade (FORTUNATO et al., 2013).

A dor não é um aspecto simples de se avaliar, pois, é sempre subjetiva, ou seja, não conseguimos visualizar a dor por meio de um exame de imagem ou qualquer outro exame por exemplo. Assim, toda a avaliação do paciente com dor é feita a partir de seu próprio relato. Nesse bojo, a dor é o que o paciente diz ser e ocorre quando ele diz sentir. Muitos estudos têm apontado à importância da avaliação da dor, sendo que alguns deles têm sugerido que a mesma seja considerada como o quinto (5º) sinal vital. Dessa forma, a equipe de enfermagem de um hospital, ao registrar os sinais do paciente (pressão, temperatura, frequência cardíaca e frequência respiratória), deveriam também fazer o registro da dor (ESPADINHA; SANTOS, 2012).

Ela é um fenômeno multidimensional e, caracterizá-la como tal significa observar e avaliar a experiência nas suas várias dimensões, quais sejam,

neurofisiológica, pois envolvem mecanismos de ativação dos receptores periféricos, as de cunho psicossocial, considerando a influência emocional positiva e negativa sobre o indivíduo, as classificadas enquanto cognitivo cultural, relacionando-a a crenças, significados e comportamentos prévios a dor, a comportamental, pois estressores situacionais, de desenvolvimento profissional e pessoal podem exercer influência sobre o limiar da dor, e a sensorial, relativas às características semiológicas da mesma (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

A dor é um dos sinais e sintomas que o paciente com câncer (C.A.) mais apresenta e relata, sendo que o seu controle para o alívio do desconforto e sofrimento é uma das preocupações mais presentes no dia-a-dia do profissional enfermeiro, que trabalha com esse tipo de paciente, principalmente, nas unidades de cuidados paliativos (UCP). Desta forma, este fenômeno se manifesta em aproximadamente 51 a 70% dos pacientes com diagnóstico de (C.A.) em seus diversos estágios, porém, quando em estágio avançado, essa porcentagem aumenta para 70 a 90% das pessoas internadas em cuidados paliativos. Estes dados mostram que a dor ainda é um assunto que não está resolvido (WATERKEMPER et al., 2010).

É talvez o sintoma mais temido da doença neoplásica. Existe o conceito popular de que a dor no C.A. é terrível e incontrollável. Embora este temor tenha fundamento, é possível reduzir a dor, significativamente, com avaliação e tratamentos adequados. A dor pode ser aguda e crônica, visceral e somática, além da dor neuropática e da dor psicogênica, comum em pacientes oncológicos, pois, pode ser relacionada a lesões físicas. A sensação de dor constante apresenta como consequência a perda de energia e de amigos, pois, a dor não aliviada gera ansiedade e sintomas depressivos, agravando tais perdas e prejudicando as funções cognitivas, as atividades diárias e sociais e o sono, que é interrompido pela dor em 58% dos pacientes (INCA, 2015).

A equipe de saúde precisa ter uma boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde, como por exemplo, o registo sistemático da intensidade da dor, ou ainda a utilização para mensuração da intensidade da dor de uma das escalas validadas internacionalmente, sendo elas, a escala visual analógica, a escala numérica, a escala qualitativa ou escala de faces, não se esquecendo da inclusão dos dados junto à folha de registo dos sinais vitais em uso

nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de espaço próprio para registo da intensidade da dor (LAMINO; MOTA; PIMENTA, 2011).

Os danos ao sistema nervoso central representam um risco para o desenvolvimento de dor crônica, chamada *dor neuropática*, com grande impacto sobre os pacientes e a sociedade. A dor neuropática não só provoca dor intensa, duradoura e redução da qualidade de vida, mas também resulta em uma capacidade reduzida de trabalho e uma maior necessidade de cuidados com a saúde. A dor neuropática pode ser causada por uma série de diferentes doenças (por exemplo, *diabetes mellitus*, herpes-zoster, infecção por vírus da imunodeficiência humana – HIV), por intervenções médicas (quimioterapia, cirurgia) ou ferimentos (por exemplo, a avulsão do plexo braquial). Recentemente, foi definida como “a dor que surge como consequência direta de uma lesão ou doença que afeta o sistema somatosensorial” (CAMPESATTO; MARQUES, 2012).

Ainda segundo os autores Campesatto e Marques (2012), a dor nociceptiva diante dos estudos é originada nos nociceptores mecânicos, térmicos ou químicos junto da área física em que ocorre o estímulo que a origina.

Para uma correta avaliação da intensidade da dor, é necessária a utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o doente, que se traduz por uma padronização da escala a utilizar e pelo ensino prévio à sua utilização. É fundamental que o profissional de saúde assegure que a pessoa doente compreenda corretamente o significado e utilização da escala utilizada. A relação verbal com a pessoa doente e a observação do seu comportamento são elementos principais que contribuíram para uma avaliação da dor de qualidade (MORETE; MINSON, 2010).

No processo de avaliação da dor, é importante proporcionar um ambiente de confiança de modo a recolher informações essenciais para a sua análise. Estas informações estão relacionadas às localizações da dor, salientando a frequência das dores múltiplas, as causas múltiplas de dores num doente, a extensão e as irradiações dessa dor, a forma como começam, o tipo de dor (pontada, queimadura), o seu ritmo (diurno, noturno e a sua evolução anual), o seu carácter (permanente, intermitente), as suas circunstâncias de aparecimento e os seus fatores desencadeadores e que provocam aumento de dor, a sintomatologia associada, a sua intensidade, os tratamentos efetuados e a sua eficácia, os antecedentes

patológicos, os aspectos cognitivos, interferência nas atividades de vida diária (NICOLUSSI; SAWADA, 2011).

Com a mensuração apropriada da dor, se torna possível determinar se os riscos de um dado tratamento superam os danos causados pelo problema clínico e também, permite escolher qual é melhor e o mais seguro entre os diferentes tipos. Atualmente, se percebe que avaliar a dor do paciente permite uma melhora do atendimento, pois, se observa a sua postura e seu comportamento, seus apelos inaudíveis, além de sua verbalização e descrição, tornando-o ativo a ponto de, dentre outros, informar os profissionais de saúde sobre os seus sentimentos. Em oncologia, a dor não é um sintoma característico para os pacientes no início da doença, à medida que a doença vai progredindo e/ou durante seu tratamento, ela passa a ser uma queixa recorrente. É importante enfatizar que muitos pacientes oncológicos não têm dor, mas sofrem de um somatório da dor somática, psicológica, psicossocial e espiritual (SILVA; GRADIM, 2010).

Para entender o fenômeno doloroso e avaliar a eficácia dessas intervenções, são necessárias medidas mais sofisticadas tanto da intensidade quanto das respostas motivacionais, cognitivas e afetivas à dor e, ainda, métodos para a quantificação da experiência subjetiva, rigor e replicabilidade da pesquisa científica, acompanhamento e análise dos mecanismos de ação de diferentes drogas farmacológicas e outras terapêuticas, monitorar as mudanças nas qualidades e/ou dimensões da dor, permitir que o próprio cliente tenha a opção de relatar, descrever e avaliar a sua percepção de dor (DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2011).

Diante destas informações, vale observar que sem a avaliação apropriada, a dor pode ser mal interpretada ou subestimada, o que pode acarretar manipulação inadequada e prejudicar a qualidade de vida (QV) do cliente. A dor é influenciada por fatores culturais, situacionais e, também, pela atenção, motivação, emoção e outras variáveis psicológicas, além de variáveis externas. A maior parte da informação necessária para se adequar um procedimento de avaliação da dor se origina do que o cliente relata, complementada pela avaliação física (COSTA; CHAVES, 2012; SOUSA et al., 2010).

Assim, a dor é caracterizada por sua complexidade, subjetividade e multidimensionalidade, onde, o alívio desta e a promoção de conforto são medidas indispensáveis, as quais envolvem conhecimento científico, habilidades técnicas,

além de questões humanitárias e éticas da prática de enfermagem. Para qualificar e quantificar a dor, normalmente, se faz necessário o uso de instrumentos que utilizam parâmetros comportamentais e fisiológicos. Existe, atualmente, uma variedade de instrumentos desenvolvidos para decodificar a linguagem da dor e, dentre esses instrumentos cita-se as escalas para avaliação da dor com a Escala Visual Analógica (EVA), a Escala Visual Numérica (EVN) e a Escala de Faces de Wong Baker (MONFRIM et al., 2015).

O objetivo desta pesquisa é analisar o conhecimento de graduandos em enfermagem (GE) em relação à dor, além de edificar o perfil socioeconômico dos GE, por meio de um instrumento de coleta de dados (ICD).

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e descritivo e de abordagem quantitativa e que se propôs a analisar o conhecimento de graduandos em enfermagem (GE), de uma instituição de ensino privado com sede na cidade de Brasília, Distrito Federal (D.F.) em relação à dor.

Constituíram-se enquanto atores sociais participantes da presente pesquisa o universo de 247 GE, regularmente matriculados junto ao 6º ao 10º semestre, tanto no período matutino quanto do noturno, sendo que o processo de coleta de dados ocorreu no ano de 2015.

Para a aquisição dos subsídios necessários a edificação da presente pesquisa, foi utilizado um instrumento de coleta de dados (ICD) adaptado de León et al (2007) e Pinheiro (2010), possuidor de duas (02) partes.

A primeira parte do referido ICD permitiu analisar o perfil socioeconômico e demográfico dos sujeitos da pesquisa e a segunda parte, o conhecimento dos mesmos em relação à dor, sendo estas classificadas enquanto fontes primárias.

Após este processo, os dados adquiridos por meio do ICD foram organizados, constituindo desta forma um bando de dados, e posteriormente, se procedeu à realização de análise descritiva utilizando para esta atividade o software Microsoft Excel 2010®, pertencente ao pacote Microsoft Office 2010® for Windows®. Os resultados encontrados foram expostos por meio de tabelas.

3 RESULTADOS

Após o processo de organização e análise dos dados foi possível verificar que o perfil socioeconômico dos atores sociais participantes do estudo se constituiu de pessoas em sua maior preponderância do gênero feminino 87% (n=215), 84,20% (n=208) pertencentes à faixa etária de 20 a 30 anos, 77,35% (n=191) naturais de Brasília (Distrito Federal, D.F.), 83,40% (n=206) da região Centro-Oeste (C.O.), 99,60% (n=246) de nacionalidade brasileira, 58,30% (n=144) se encontravam solteiras (os), 96,75% (n=239) declararam possuir ensino superior incompleto (ESI), 47,40% (n=117) declararam exercer algum tipo de atividade trabalhista, 56,30% (n=139) declararam residir com 02 ou 03 pessoas, 77,70% (n=192) declararam não possuírem filhos, 53,45% (n=132) possuem casa própria e, 49% (n=121) declararam possuírem renda financeira acima de R\$ 1.000,00 conforme exposto junto à tabela 1.

TABELA 1 – Perfil socioeconômico e demográfico dos atores sociais participantes do estudo, Brasília, Distrito Federal (D.F.), Brasil, 2016, (n=247):

Categorias	Frequência	%
Idade		
20 a 30	208	84,2
30 a 40	35	14,2
40 ou mais	04	1,6
Gênero		
Feminino	215	87
Masculino	32	13
Unidade federativa de origem		
Brasília	191	77,35
Goiás	14	5,7
Minas Gerais	8	3,25
Bahia	7	2,85
Maranhão	7	2,85
Rio de Janeiro	3	1,2
São Paulo	3	1,2
Tocantins	3	1,2
Acre	2	0,8
Alagoas	1	0,4
Amazonas	1	0,4
Ceará	1	0,4
Espírito Santo	1	0,4
Mato Grosso	1	0,4
Paraíba	1	0,4
Paraná	1	0,4
Pernambuco	1	0,4
Rio Grande do Sul	1	0,4
Região brasileira		

Centro-oeste	206	83,4
Nordeste	18	7,3
Sudeste	15	6,05
Norte	6	2,45
Sul	2	0,8
Nacionalidade		
Brasileira	246	99,6
Outro	1	0,4
Estado civil		
Solteiro	144	58,3
Em relacionamento	55	22,3
Casado	48	19,4
Exerce atividade trabalhista		
Sim	117	47,4
Não	130	52,6
Reside com quantas pessoas		
Com 2 a 3 pessoas	139	56,3
Com 4 ou mais	98	39,7
Sozinho	10	4
Possui filhos		
Não	192	77,7
Sim	55	22,3
Possui casa própria		
Sim	132	53,45
Não	115	46,55
Renda financeira familiar		
Acima de R\$1.000,00	121	49
Acima de R\$ 4.000,00	104	42,1
Até R\$1.000,00	22	8,9
Total	247	100

FONTE: Adaptado de pinheiro (2010); Produção dos autores.

O estudo também aponta que 65,20% (n=161) dos entrevistados acreditam que durante a graduação não receberam informações suficientes para realizar o tratamento de pacientes com dor, 93,90% (n=232) 61,95% (n=153) acreditam que durante a graduação não receberam informação suficiente sobre o tratamento de pacientes em estado terminal e 87,45% (n=216) declararam que não conhecem a definição da Associação Internacional para o estudo da dor (IASP). Dos entrevistados, 76,90% (n=190) não conhecem a diferença entre dor nociceptiva e neuropática, 59,10% (n=146) não conhecem nenhuma escala para avaliação da dor, 52,20% (n=129) não aprenderam durante a graduação o uso de ferramentas de comunicação e uma postura profissional para dar "a má notícia" aos pacientes e familiares, 91,10% (n=225) consideraram que é necessário melhorar seus

conhecimentos no tratamento de pacientes com dor, conforme exposto junto à tabela 2.

TABELA 2 – Conhecimento dos atores sociais participantes do estudo sobre a dor, Brasília, Distrito Federal (D.F.), Brasil, 2016, (n=247):

Resposta	Frequência	%
Questão 01 – Você acredita que durante a graduação recebeu informação suficiente para realizar o manejo de pacientes com dor?		
Não	161	65,2
Sim	86	34,8
Questão 02 – Existe na sua Faculdade uma disciplina específica de dor?		
Não	232	93,9
Sim	15	6,1
Questão 03 – Você acredita que durante a graduação recebeu informação suficiente sobre o cuidado de pacientes em situação terminal?		
Não	153	61,95
Sim	94	38,05
Questão 04 – Você conhece a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) para Cuidados Paliativos?		
Sim	128	51,8
Não	119	48,2
Questão 05 – Você conhece a definição da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) para dor?		
Não	216	87,45
Sim	31	12,55
Questão 06 – Você sabe a diferença entre dor nociceptiva e neuropática?		
Não	190	76,9
Sim	57	23,1
Questão 07 – Você conhece alguma escala para avaliação de dor?		
Não	146	59,1
Sim	101	40,9
Questão 08 – Você acredita que durante a graduação recebeu informação suficiente sobre controle de sintomas mais comuns (dispneia, vômitos, obstipação, caquexia) em pacientes em cuidados paliativos?		
Sim	127	51,4
Não	120	48,6
Questão 09 – Você aprendeu durante a graduação ferramentas de comunicação e postura profissional para “dar más notícias” aos pacientes e familiares?		
Não	129	52,2
Sim	118	47,8
Questão 10 – Você acha necessário melhorar seu conhecimento no tratamento de pacientes com dor?		
Sim	225	91,1
Não	22	8,9
Questão 11 – Você conhece a “escada” da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o manejo da dor?		
Não	205	83
Sim	42	17

Questão 12 – Você conhece o mecanismo de ação dos antidepressivos no manejo da dor?

Não	178	72,05
Sim	69	27,95

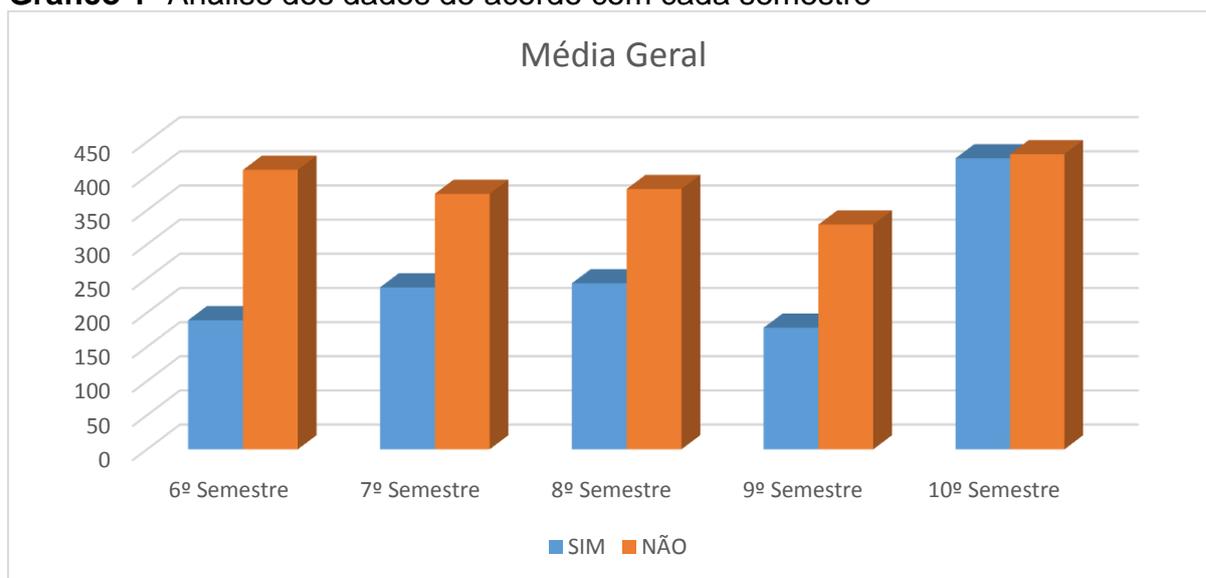
Questão 13 – Você conhece o mecanismo de ação dos anticonvulsivantes no manejo da dor?

Não	207	83,8
Sim	40	16,2

FONTE: Adaptado de Pinheiro (2010); Produção dos autores.

De acordo com os dados obtidos na tabela 2, foi feito uma análise de cada semestre. Com isso os resultados que observamos foi que, houve um pequeno crescimento no conhecimento de graduandos de enfermagem sobre a dor de acordo com avanço no semestre, mesmo que a temática do estudo possa mostrar que este crescimento não seja muito satisfatório, conforme exposto no gráfico 1.

Gráfico 1- Análise dos dados de acordo com cada semestre



Fonte: Produção dos autores

4 DISCUSSÃO

A necessidade de reconhecer a dor como 5º sinal vital foi descrita pela primeira vez por James Campbell em 1996, onde, no seu ponto de vista, se a dor fosse avaliada com o mesmo zelo dos outros sinais vitais, haveria uma melhor chance de promover tratamento adequado. A partir dessa ideia, vários autores

passaram a considerar a importância de reconhecer a dor como o 5º sinal vital sendo o seu controle entendido como direito humano básico (ALVES et al., 2013).

Nos dias atuais, o conhecimento na área da saúde, é uma ferramenta fundamental para proporcionar uma qualidade de vida para as pessoas que sofrem intensamente com dores no seu dia-a-dia, cabe ao acadêmico de enfermagem a busca incessante por este conhecimento mesmo que isso não seja ofertado em sua graduação. O estudo mostrou junto com outros estudos que o conhecimento de graduandos sobre a dor ainda é um fator que precisa melhorar em sua formação acadêmica.

No estudo de Pinheiro (2010), cerca de 40% dos estudantes acreditam ter recebido informação suficiente sobre o manejo de pacientes com dor e a metade deles acredita ter recebido informação suficiente sobre o controle de sintomas em pacientes terminais, porém a totalidade (100%) dos estudantes referiu que não existe uma disciplina específica de dor em suas Faculdades.

Comparando este estudo, observou-se que, existe uma situação um pouco diferente, mais da metade dos estudantes, 65,20% (n=161) declararam não receberam informação suficiente para realizar o manejo de pacientes com dor em sua graduação, observando que mesmo os estudantes que tiveram esta informação durante sua graduação ainda assim informaram que não tiveram uma disciplina específica sobre a dor.

O conhecimento dos graduandos de enfermagem em relação à dor não foi muito satisfatório, uma vez que podemos considerar que mais da metade 93,90% (n=232) declararam não existir em sua faculdade uma disciplina específica sobre a dor e ainda que 65,20% (n=161) declararam que durante a graduação não receberam informação suficiente para realizar o manejo de pacientes com dor. Foi observado que outros estudos também obtiveram este resultado.

Neste estudo foi analisado também este tipo de déficit mais o fator determinante para mudar esta realidade foi analisado em uma das questões propostas aos alunos que, se ele acha necessário melhorar seu conhecimento no tratamento de pacientes com dor? Diante da questão 91,10% (n=225) declararam que necessita melhorar seus conhecimentos. Dai tal importância de debatermos tal problema uma vez que o resultado gera um impacto direto na assistência de enfermagem onde profissionais estão assumindo cargos sem a devida qualificação

técnico-científica necessária para o manejo da dor em diversos tipos de enfermidades.

Em um estudo que teve como objetivo analisar o conhecimento de graduandos de enfermagem (GE) em relação à avaliação da dor foi verificado que os mesmos eram desprovidos de tais conhecimentos até mesmo de que a dor seria o quinto sinal vital, porém, eles veem esta necessidade de serem educados quanto à importância dessa avaliação, para que possam oferecer um cuidado mais qualificado quando estiverem atuando em suas profissões. Acreditam os autores que, a partir do desenvolvimento da ação educativa proposta, os profissionais compreenderam a subjetividade implícita na queixa de dor, gerando impacto positivo sobre o cuidado de enfermagem, na medida em que possamos sensibilizar os gestores para a implantação de uma disciplina específica de avaliação da dor como quinto sinal vital nas grades curriculares de ensino superior (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Outro item analisado foi o conhecimento de GE sobre a diferença entre dor nociceptiva e neuropática, 76,90% (n=190) declarou não possuírem este conhecimento, uma vez que este conhecimento fará toda a diferença na escolha do tratamento mais adequado. Já para Pinheiro (2010), observou que o número de estudantes ultrapassou a metade dos participantes da pesquisa que possuem este conhecimento, 56% disseram que conhecem esta a diferença entre dor nociceptiva e neuropática, o que faz toda a diferença na qualidade do profissional de saúde.

A educação é uma estratégia importante para difundir as diretrizes para a prevenção e tratamento da dor e aumentar o conhecimento de graduandos de enfermagem e enfermeiros em relação a essa temática.

5 CONCLUSÃO

Com este estudo foi observado que este tema, a dor, é abordado na graduação, não como um tema principal, e sim como um conceito complementar em diversas disciplinas.

A dor pode ser uma sensação adaptativa, um alerta precoce para proteger o corpo de lesões teciduais, ou eventualmente ser uma má adaptação, refletindo um funcionamento patológico do sistema nervoso. De tal forma que existe a dor como uma experiência sensitiva e a dor como uma metáfora perceptiva de sofrimento, de aflição ou mágoa.

Pode ser como um sistema de alarme ativado para impedir danos ao organismo. Essa nocicepção é ativada somente por estímulos lesivos, atuando em receptores especializados. A nocicepção uma vez presente, após o desaparecimento do sinal de alarme, toma características motivacionais, semelhantes à fome, sede ou desejo sexual.

O limiar para despertar a dor tem que ser elevado o suficiente para que a mesma seja evocada, antes que ocorra lesão tecidual. Esse limiar não é fixo e pode ser alterado tanto para mais como para menos, podendo ser tanto adaptativo, como mal adaptativo. Mudanças no limiar de dor e da capacidade de resposta são expressões de neuroplasticidade, que é a maneira biológica pela qual, mudanças no sistema nervoso podem modular as respostas a qualquer estímulo. Essa plasticidade caracteriza essencialmente as síndromes clínicas dolorosas.

É entendido que a dor nociceptiva é causada pela presença de um estímulo doloroso em nociceptores, o que se denomina dor nociceptiva. A dor nociceptiva, na sua forma aguda, desempenha geralmente uma função biológica importante (ou evolutiva), uma vez que alerta o organismo para o perigo iminente e informa-o da ocorrência da lesão ou dano tecidual.

A dor desencadeada ou causada por uma lesão primária ou disfunção no sistema nervoso é denominada dor neuropática.

Portanto, sugere-se um desenvolvimento na abordagem específica do tema dor nas disciplinas que trabalham neste tema, visto que o curso de enfermagem tem como um dos objetivos principais, a redução do quadro de dor do paciente. Propõem-se também novas pesquisas com outros enfoques relacionados à dor.

O conhecimento técnico adquirido e transmitido aliado à criação de um ambiente propício à reflexão pode criar um cenário ímpar de educação em enfermagem. Acreditamos que as atividades didáticas em cenários destinados à prática de Cuidados de Enfermagem, em ambulatorios, postos de saúde, homecare e hospitais, deveriam estar presentes na graduação de enfermagem e nas respectivas residências. A criação de uma disciplina específica para a assistência de enfermagem voltada para a questão do estudo da dor poderia sanar as deficiências educacionais aqui levantadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, R. C. et al. Análise do conhecimento sobre dor pelos acadêmicos do curso de Fisioterapia em centro universitário. **Revista Dor**. São Paulo, v. 14, n. 4, p. 272-279, Out./Dez. 2013.

BOTTEGA, F. H.; FONTANA, R. T. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto Contexto em Enfermagem**. Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 283-290, Abr./Jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. Rio de Janeiro: INCA, p. 124. 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. Sistema de Informações Ambulatoriais. **Oncologia: Manual de Bases Técnicas**. v.19, Brasília: MS. p. 127, 2015.

CAMPESATTO, E. A.; MARQUES, C. E. B. S. Uso de gabapentina no tratamento da dor neuropática e do topiramato na enxaqueca. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 1, n. 1, p. 8-19, Jan./Jun. 2012.

DA SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. A dor como um problema psicofísico. **Revista Dor**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 138-151, Jun., 2011.

INCA (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva). **Câncer de mama: é preciso falar disso**. Rio de Janeiro: Inca, p. 18, 2014a.

INCA (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **A mulher e o câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, p. 46, 2014b.

LAMINO, D. A.; MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. de M. Prevalência e comorbidade de dor e fadiga em mulheres com câncer de mama. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 45, n. 2, p. 508-514, Abr. 2011.

MORETE, M. C.; MINSON, F. P. Instrumentos para a avaliação da dor em pacientes oncológicos. **Revista Dor**. São Paulo, v. 11, n. 1, p. 74-8, Jan. 2010.

NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 4, p. 759-766, Dez., 2011.

NOGUEIRA, E. A.; BERGMANN, A.; PAIXÃO, E.; THULER, L. C. S. Alterações Sensitivas, Tratamento Cirúrgico do Câncer de Mama e Nervo Intercostobraquial: Revisão da Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p. 85-91, Jan./Mar. 2010.

OLIVEIRA, A. S. et al. Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. **Journal of Applied Oral Science**. Bauru (SP), v. 11, n. 2, p.138-143, Abr./ Jun. 2003.

PEGORARE, A. B. G. S. Avaliação dos níveis de dor e fadiga em pacientes com câncer de mama. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**. v. 3, n. 2, Jul./ Dez.2014.

PINHEIRO, T. R. S. P. Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina do quinto e sexto ano. **Revista Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 320-326, Jul./ Set. 2010.

SILVA, V. R.; GRADIM, C. V. C. Avaliação da dor em mulheres com câncer de mama submetidas à exérese da rede linfática axilar. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 646-651, Out./Dez., 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA. **Algoritmo para o Tratamento da Dor Oncológica**. Link <http://www.sboc.org.br/consenso-da-dor-oncologica/>, 2014.

SOUSA, F. F.; PEREIRA, L. V.; CARDOSO, R.; HORTENSE, P. Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 18, n.1, Jan./Feb., 2010.

WATERKEMPER, R., REIBNITZ, K. S. Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre (RS), v. 31, n. 1, p. 84-91, Mar., 2010