



**FAPAC - FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS PORTO LTDA
CURSO DE MEDICINA**

**CLARA DANAGA BUENO
MARLLA BENVINDA DE NAZARÉ GUILHERME PEREIRA RODRIGUES
THAYNAN LARISSA MEDEIROS DO NASCIMENTO**

**HABILIDADE DOS ESTUDANTES DE MEDICINA DO ITPAC PORTO DO OITAVO
PERÍODO NO CONTEXTO DE UTILIZAÇÃO DO SINTOMA DOR NA ANAMNESE**

**PORTO NACIONAL-TO
2020**

CLARA DANAGA BUENO
MARLLA BENVINDA DE NAZARÉ GUILHERME PEREIRA RODRIGUES
THAYNAN LARISSA MEDEIROS DO NASCIMENTO

**HABILIDADE DOS ESTUDANTES DE MEDICINA DO ITPAC PORTO DO OITAVO
PERÍODO NO CONTEXTO DE UTILIZAÇÃO DO SINTOMA DOR NA ANAMNESE**

Projeto de pesquisa submetido ao Curso de Medicina da FAPAC - Faculdade Presidente Antônio Carlos, ITPAC Porto Nacional, como requisito parcial para aprovação da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I.

Orientador: Prof. Esp. Raimundo Célio Pedreira

PORTO NACIONAL-TO
2020

CLARA DANAGA BUENO
MARLLA BENVINDA DE NAZARÉ GUILHERME PEREIRA RODRIGUES
THAYNAN LARISSA MEDEIROS DO NASCIMENTO

**HABILIDADE DOS ESTUDANTES DE MEDICINA DO ITPAC PORTO DO OITAVO
PERÍODO NO CONTEXTO DE UTILIZAÇÃO DO SINTOMA DOR NA ANAMNESE**

Projeto de pesquisa submetido ao Curso de Medicina da FAPAC- Faculdade Presidente Antônio Carlos ITPAC Porto Nacional, como requisito parcial para aprovação da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I.

Aprovado em: ____/____/____

Professor: (Raimundo Célio Pedreira)
Instituto Presidente Antônio Carlos

Professor: (Larissa Jácome Barros Silvestre)
Instituto Presidente Antônio Carlos

Professor: (Vinicius Bessa Rodrigues)
Instituto Presidente Antônio Carlos

PORTO NACIONAL-TO
2020

“A vossa dor é o quebrar da concha que envolve a vossa compreensão.

Assim como o caroço da fruta tem de fender-se para que o seu coração fique exposto ao sol, também vós deveis conhecer a dor.”

(Khalil Gibran)

RESUMO

INTRODUÇÃO: A dor constitui um sintoma subjetivo caracterizado por uma sensação penosa capaz de afetar todos os seres humanos. Sua ocorrência pode estar associada a um processo lesivo no organismo ou não, e a perpetuação do quadro álgico pode desencadear comprometimento psicológico do paciente. Por se apresentar de forma variada em cada indivíduo, torna-se necessário uma avaliação singularizada por parte dos profissionais. **OBJETIVO:** O presente estudo pretende avaliar o conhecimento dos estudantes de medicina do oitavo período do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (ITPAC) Porto Nacional acerca dos instrumentos de avaliação da dor por meio da anamnese. **METODOLOGIA:** O estudo é de caráter quali-quantitativo, exploratório-descritivo, em que será aplicado um questionário, de forma *online*, aos estudantes de medicina do oitavo período da ITPAC Porto Nacional, no período referente ao segundo semestre de 2021. **RESULTADOS ESPERADOS:** Obter informações sobre como está o conhecimento dos estudantes de medicina do oitavo período no processo de avaliação da dor, por meio da anamnese. Espera-se que, a partir desses resultados, as estratégias de ensino sejam aprimoradas, de forma que esses estudantes sejam cada vez mais capazes de conduzir adequadamente a anamnese pautada em uma boa avaliação e mensuração da dor. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O tema dor é essencial na formação de profissionais da saúde, já que estes buscam alcançar o bem-estar da população, e o sintoma doloroso acomete quase todas as pessoas em algum momento da vida. Dessa forma, mostra-se imprescindível avaliar como o assunto está sendo abordado na formação acadêmica.

Palavras-chave: Anamnese. Dor. Educação. Ferramentas de avaliação.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Pain is a subjective symptom characterized by a painful sensation capable of affecting all human beings. Its occurrence may be associated with a harmful process in the body or not, and the perpetuation of the pain can trigger a psychological commitment. As it presents itself in a varied way in each individual, it is necessary to have a singular evaluation by the professionals. **OBJECTIVE:** The present study intends to evaluate the knowledge of the medical students of the eighth period of the Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (ITPAC) Porto Nacional about the instruments of pain assessment through anamnesis. **METHODOLOGY:** The study is qualitative-quantitative, exploratory-descriptive, in which a questionnaire will be applied, online, to medical students of the eighth period of ITPAC Porto Nacional, in the period referring to the second semester of 2021. **EXPECTED RESULTS:** Obtain information about the knowledge of medical students of the eighth period in the pain assessment process, through anamnesis. It is expected that, based on these results, teaching strategies will be improved, so that these students are increasingly able to properly conduct anamnesis based on a good assessment and measurement of pain. **FINAL CONSIDERATIONS:** the pain knowledge is essential in the training of health professionals, as they seek to achieve the well-being of the population, and the painful symptom affects almost all people at some point in life. Therefore, it is essential to assess how the subject is being addressed in academic education.

Keywords: Anamnesis. Pain. Education. Assessment tools.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPI	Inventário Breve de Dor
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
EVA	Escala Visual Analógica
IASP	International Association for the Study of Pain
IBD	Inventário Breve de Dor
ITPAC	Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos
LANSS	Escala de dor Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs
MPQ	Questionário McGill de Dor
SNC	Sistema Nervoso Central
SNP	Sistema Nervoso Periférico
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Decálogo da Dor

QUADRO 2: Cronograma da pesquisa

QUADRO 3: Orçamento dos recursos gastos com a pesquisa

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Os 18 “*tenderpoints*” da fibromialgia

FIGURA 2: Escala Visual Analógica

FIGURA 3: Escala numérica de dor

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA.....	14
1.2 HIPÓTESE	14
1.3 JUSTIFICATIVA	14
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 ABORDAGEM HISTÓRICA E DEFINIÇÃO DE DOR	16
3.2 FISIOPATOLOGIA DA DOR	19
3.3 TIPOS E CLASSIFICAÇÃO DA DOR.....	20
3.3.1 Classificação quanto à duração.....	20
3.3.2 Classificação quanto à fisiopatologia	21
3.3.3 Classificação quanto à origem estrutural	23
3.3.4 Outros tipos de dor	24
3.4 ANAMNESE	25
3.5 FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO DA DOR	27
3.5.1 Escala Visual Analógica (EVA):	28
3.5.2 Escala numérica:.....	29
3.5.3 Decálogo da dor:	29
3.5.5 Inventário Breve de Dor (<i>Brief Pain Inventory – BPI</i>):.....	31
3.5.6. Escala de dor <i>Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs</i> (LANSS):.....	31
3.5.7 Questionário McGill de Dor (MPQ):.....	32
3.6 O SIGNIFICADO CLÍNICO DA DOR	32
4 METODOLOGIA	33
4.1 DESENHO DO ESTUDO	33
4.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	33
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	33
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	33

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	33
4.6 VARIÁVEIS.....	33
4.7 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS, ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....	34
5 DELINEAMENTO DA PESQUISA	35
6 ASPECTOS ÉTICOS	36
6.1 RISCOS.....	36
6.2 BENEFÍCIOS.....	36
6.3 CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA	36
7 DESFECHO	37
7.1 DESFECHO PRIMÁRIO	37
7.2 DESFECHOS SECUNDÁRIOS	37
8 CRONOGRAMA	38
9 ORÇAMENTO	39
REFERÊNCIAS.....	40
ANEXOS	47
APÊNDICES	56

1 INTRODUÇÃO

É relevante conceituar o termo “dor”, cuja etimologia deriva-se da palavra em latim *dolor/dolore*, que significa uma sensação penosa, aflição; além disso, as palavras que significam dor em inglês (*pain*), alemão (*pein*) e grego (*poine* = sofrer), derivam do mesmo prefixo que em latim (*poena*) significa punição e que em sânscrito (*pu*) significa purificação. Em suma, a palavra “dor” descreveu, com diferentes intensidades e valores e em diferentes sociedades através da história, o mesmo significado, em que uma sensação marca uma mudança, seja ela fisiológica ou psicológica, até a enfim superação e libertação desse momento, imprimindo na pessoa diferentes estados de consciência (GUERCI; CONSIGLIERE, 1999). A dor é definida pela Associação Internacional para Estudo da Dor (*International Association for the Study of Pain* - IASP) como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual atual, potencial, ou descrita em termos de tal lesão” (MARQUEZ, 2011, p. 28). Outra definição para o termo, de acordo com a Academia Brasileira de Neurologia (GAGLIARDI; TAKAYANAGUI, 2019), considera a dor como sendo uma experiência multidimensional constituída de componentes motivacionais e cognitivos, que abrangem aspectos psicocomportamentais, sociais, culturais, sensitivos e simbólicos. Com bases nessas definições, compreende-se que a dor é um sintoma subjetivo, ou seja, cada paciente, de acordo com a sua experiência dolorosa, vai referir características distintas e específicas para o sintoma.

Ressalta-se a importância de avaliações clínicas individualizadas. Essa avaliação se dá no primeiro contato médico-paciente, no qual, antes mesmo do paciente relatar suas queixas, o médico atento percebe a linguagem não verbal emitida e detecta se há algo que torna o paciente profundamente incomodado. Posteriormente, no ato da anamnese, cria-se a oportunidade de se conhecer melhor o paciente e a história de sua dor e, por meio desta, de chegar-se a um provável diagnóstico e a um tratamento adequado.

O presente estudo pretende apresentar as ferramentas e escalas para avaliação da dor, a posterior identificação de seu impacto para o diagnóstico e conduta, com ênfase na avaliação do conhecimento dos estudantes de medicina do 8º período do ITPAC Porto Nacional, prestes a iniciar o atendimento clínico durante o internato, sobre o tema.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Os estudantes de medicina do 8º período do ITPAC Porto Nacional sabem identificar e utilizar-se da sintomatologia da dor por meio da anamnese?

1.2 HIPÓTESE

H1: Os estudantes de medicina do 8º período do ITPAC Porto Nacional, no pré-internato, após o estudo teórico e prático em 4 anos de curso na faculdade, possuem habilidades com as ferramentas e escalas utilizadas durante a anamnese para avaliação da dor.

1.3 JUSTIFICATIVA

A dor está presente na maioria dos atendimentos como uma das queixas que mais afetam a rotina, o sono, o aspecto psicológico e o humor do paciente, alterando seu bem-estar e qualidade de vida. Sob essa ótica, é necessário identificar e caracterizar a dor para se chegar a um diagnóstico por meio da anamnese e história clínica e, ainda, compreender a vivência do paciente e sua relação com processo saúde-doença.

Justifica-se este trabalho devido à indispensabilidade de compreensão da dor do paciente, aperfeiçoando a conexão e empatia na relação médico-paciente, qualificando o atendimento e direcionando a um diagnóstico apropriado, além de proporcionar, ao fim da conduta, uma melhor qualidade de vida para o enfermo. Nesse contexto, é de extrema importância que o médico conheça as ferramentas preconizadas para avaliação da dor e saiba aplicá-las adequadamente, já que uma das finalidades de sua profissão é levar o bem para seus pacientes.

É durante os primeiros anos na faculdade que os estudantes de medicina terão seu primeiro contato com as ferramentas e com o raciocínio clínico acerca da dor no processo diagnóstico e na conduta com o paciente. Dessa forma, ao partir para o internato e atendimento no 9º período, esses conhecimentos já deverão estar embasados e solidificados. O presente estudo pretende observar a equivalência desse processo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar o conhecimento dos estudantes de medicina do 8º período do ITPAC Porto Nacional sobre a utilização de ferramentas e escalas para avaliação da dor por meio da anamnese.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Apresentar as principais características da dor segundo o meio médico atual e as ferramentas de avaliação preconizadas.
2. Conhecer o impacto da identificação da dor para o processo diagnóstico e posterior conduta do paciente.
3. Avaliar os resultados obtidos acerca do conhecimento dos estudantes sobre a abordagem clínica da dor.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ABORDAGEM HISTÓRICA E DEFINIÇÃO DE DOR

Desde os primórdios da humanidade, vive-se e luta-se contra a dor. Desde o nascimento, como é citado pela frase bíblica “parirás com dor”, os seres humanos a experimentam em cada um de seus dias, sendo ela uma companheira inexorável da vida (DIAS, 2009). É sabido que todas as sociedades humanas carregaram suas palavras e vocábulos com as suas próprias tradições, significados e valores. Dessa forma, a dor caracteriza-se como uma experiência variável e mutável de uma cultura para outra (GUERCI; CONSIGLIERE, 1999).

Descrever a dor, ou como é propriamente a dor, torna-se uma tarefa muito complexa; e compreender o que se é dito pelo paciente torna-se uma tarefa ainda mais complexa, pois faltam vocabulários e termos de referência e, além disso, o diferente uso da linguagem e o instável significado das palavras na fala coloquial transformam a atividade de compreensão em algo ainda mais desafiador (GUERCI; CONSIGLIERE, 1999; BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Destaca-se que este não é só um problema de linguística, mas que a vivência da dor é única para cada indivíduo, devendo ser considerado seu passado, cultura, aspectos psicológicos, sociais e relacionamento com o mundo. Dessa forma, a própria experiência dolorosa isola a pessoa do resto do mundo, por ser única e individual. (GUERCI; CONSIGLIERE, 1999; PORTO, 2019). Segundo aponta Varandas (2013), é de muita dificuldade descrever essa sensação para outrem, tal qual descrever as cores para um cego de nascença. Portanto, sempre foi buscado pelas sociedades uma forma de comunicar-se e se fazer entender, descrevendo a experiência de inúmeras formas e buscando ser compreendida.

Ao consultar o vocábulo no Minidicionário Aurélio da Língua Portuguesa (FERREIRA, 2000, p. 245), evidencia-se que este é um substantivo feminino e define-se dor como “1. Sensação de sofrimento, decorrente de lesão e percebida por formações nervosas especializadas. 2. Mágoa, pesar.” Definições parecidas serão encontradas quando são pesquisados outros vocábulos associados, como “angústia”, incluindo os de língua estrangeira, como inglês, francês ou espanhol, referindo-se à dor física ou sofrimento espiritual (FERREIRA, 2000; GUERCI; CONSIGLIERE, 1999).

Quando considera-se a etimologia de uma palavra, tenta-se identificar qual foi o significado atribuído por quem a criou. Portanto, etimologicamente, o termo “dor” é derivado da palavra em latim *dolor/dolore*, que sumamente significa sensação penosa, aflição. A palavra “paciente” é derivada do latim *patior*, o qual traduz-se como aquele que aguenta e suporta a dor e o sofrimento. Pode-se dizer que a palavra “dor” descreveu, com diferentes intensidades e valores e em diferentes sociedades através da história, um significado coberto por muita similaridade, em que essa sensação marca uma mudança, seja ela fisiológica ou psicológica, até a enfim superação e libertação desse momento, imprimindo na pessoa diferentes estados de consciência (GUERCI; CONSIGLIERE, 1999; DIAS, 2009).

A falta de termos específicos para dor do corpo ou da mente não necessariamente indica que os dois conceitos não pudessem ser diferenciados, ou que isto não fosse necessário. Porém, indica que as categorias da dor estudadas no passado não são as mesmas dos dias de hoje. A etimologia indo-europeia, por exemplo, evidencia uma relação da dor com o mal e a punição divina; e a etimologia oriental assinala uma relação de inexorabilidade da vida e purificação do ser humano. Por fim, o conceito acaba retrocedendo à um significado muito geral e que está difundido pela maioria das culturas humanas atuais (LIMA, 2013; GUERCI; CONSIGLIERE, 1999).

Quando consideramos o Budismo oriental, a palavra *dukkha*, que somente pode ser traduzida como “sofrimento” para a língua portuguesa, abrange o significado de todo tipo e grau de sensação desagradável, seja ela mental ou física. Na doutrina budista, destaca-se que assim que um ser vive, experimenta-se o sofrimento de uma forma ou de outra. Conforme consta no *Dhammapada*:

[...] na filosofia budista, a questão do sofrimento assume proporções cosmológicas, porque o verdadeiro processo de vida, sendo um processo de contínua mudança e transformação e, por isso, de inquietação e incerteza, é visto como realmente é: um processo de sofrimento (DHAMMAPADA, 2015, p. 8).

Para os chineses a dor era concebida como uma perda do equilíbrio do Ying (força receptiva) e do Yang (força ativa), visto que para eles a saúde resumia-se a um equilíbrio com o Universo e consigo mesmo (DIAS, 2009). Já no Antigo Egito, a dor era interpretada como proveniente dos deuses Seth e Sekhmet, os quais

simbolizavam forças da natureza e representavam, respectivamente, o caos, o mistério e o inconsciente, e a força executora do destino e da justiça (DIAS, 2009; SCHWARZ, 2007).

Ainda no oriente, porém na Índia, o *Bhagavad Gita* (2006) descreve que a alma, vestida de um corpo material, passa pelos estados de infância, mocidade, virilidade e velhice, até que enfim deixa seu corpo, e viverá outra vez em outras encarnações. De forma complementar, no ocidente, tem-se a visão grega de Platão, conforme demonstrado em Fédon. No diálogo, Sócrates faz considerações sobre o prazer e a dor como dois extremos não simultâneos, além de pontuar que a variação de um para o outro pode ser momentânea. Sócrates descreve que ambos fazem parte da vida do ser humano naturalmente e com a inteligência deve-se fazer a interpretação e composição correta desses afetos na vida, e por consequência alcançará a felicidade. Devido à isso, a felicidade pode coexistir com uma situação de dor (ARAÚJO JÚNIOR, 2016).

Muito influenciada pela cultura grega, Roma compreendia a dor como originada no cérebro e no sistema nervoso, sendo descrita dessa forma pelo médico Galeno. Já o imperador-filósofo Marco Aurélio classificava a dor como um dos vícios, que deveriam ser evitados a todo custo. A dor, o medo, o ódio, a rivalidade, a inveja, entre outros, eram considerados por ele como doenças da alma (DIAS, 2009; ONESKO; VENTURINI, 2015).

Durante a idade média europeia e renascimento houveram 2 vieses contrários: a visão da Igreja Católica e a visão dos cientistas e artistas renascentistas. Para o catolicismo durante a Idade Média a dor poderia ser interpretada como castigo e punição divina, sendo associada ao trabalho e ao pecado original. Faria parte da vida das pessoas na Terra passar por experiências dolorosas e pelo pranto, sendo essa a própria dor do existir (SALTARELI *et al*, 2015; GUERCI; CONSIGLIERE, 1999). De forma antagônica, cientistas e médicos como Paracelso, Leonardo da Vinci, buscavam formas de tratamento para a dor e analgesia cirúrgica (DIAS, 2009).

Seguindo a linha materialista e biomédica, as idades moderna e contemporânea tiveram seu alicerce em uma definição técnica e assim instaurou-se a busca por tratamentos que excluíssem cada vez mais a dor e o sofrimento da vivência das pessoas. Por fim, com base nas experiências humanas do passado e na história

citada, chega-se à uma definição cada vez mais abrangente no sentido de considerar a pessoa integralmente: físico, psicológico, espiritual, cultural, social-familiar e, principalmente, individual.

3.2 FISIOPATOLOGIA DA DOR

A sensação dolorosa tem início por meio de um complexo mecanismo que envolve desde a ativação dos nociceptores até a sua interpretação à nível cortical no sistema nervoso. Segundo Silva *et al* (2019), nociceptores são terminações nervosas livres, não mielinizadas, que transformam os diversos estímulos recebidos em impulsos nervosos, para que, assim, haja a interpretação da informação com posterior desenvolvimento da sensação dolorosa. Os corpos celulares dessas terminações encontram-se localizados nos gânglios dorsais das raízes nervosas de onde partem fibras que se estenderão até a periferia e outra até a medula espinal.

A depender da constituição mielínica das fibras, bem como do diâmetro e da velocidade de propagação, as características da dor serão diferentes. As fibras amielínicas ou fibras C são responsáveis por provocar uma dor lenta e descrita como “queimor”. Em contrapartida, as fibras mielinizadas, que são A β e A δ , provocam uma dor aguda e bem delimitada, descrita como “picada” (PORTO, 2019; TEIXEIRA, 2019; ALVES *et al*, 2017).

Após ser detectado um estímulo nociceptivo na periferia, irá ocorrer uma série de processos para que haja a interpretação desse, os quais são transdução, transmissão e modulação. A transdução consiste na transformação do estímulo nociceptivo em sensação dolorosa, por meio de proteínas que sinalizam as informações. Em seguida ocorre a transmissão, que é caracterizada pelo trajeto dos impulsos nervosos desde as fibras nociceptivas até a chegada no sistema nervoso central ou tronco cerebral (MOFFAT; RAE, 2010).

Para que isso aconteça, são necessárias a presença de estruturas como os neurônios de segunda e terceira ordem, as vias aferentes e os tratos, que viabilizam a condução dos impulsos e permitem sua interpretação como dor. Dentre as vias que atuam nesse processo, observa-se as do trato espinotalâmico e as do trato espinomesencefálico. O primeiro corresponde às vias ascendentes e são conhecidas como a maior via relacionada a dor. O destino final dessas fibras culminam na parte posterior do núcleo ventromedial do tálamo e são responsáveis pela percepção

emocional autonômica e desagradável da dor. O trato espinomesencefálico, por sua vez, finaliza principalmente na substância cinzenta periaquedutal, ativando as vias descendentes da dor, cujo resultado é a percepção dos aspectos autônomos e somatomotores encontrados nas reações de defesa (MOFFAT; RAE, 2010; PORTO 2019; GAGLIARDI; TAKAYANAGUI, 2019).

Por fim, há a modulação da dor, que baseia-se na presença de estruturas responsáveis pela supressão da transmissão da dor, chamadas de vias modulatórias. Essas são compostas por neurônios de primeira e segunda ordem e por neurotransmissores do tipo glutamato, substância P e peptídeo relacionado com o gene do cálcio, que viabilizam as sinapses e, conseqüentemente, a modulação da dor (PORTO, 2019).

3.3 TIPOS E CLASSIFICAÇÃO DA DOR

3.3.1 Classificação quanto à duração

3.3.1.1 Dor aguda

A dor aguda apresenta-se como um sinalizador de uma provável lesão tecidual, sendo possível relacioná-la a alteração da integridade do organismo. Nave (2017) afirma que a dor aguda afeta todos os órgãos e sistemas presentes no corpo. Sua ocorrência está associada ao aumento da produção de mineralocorticoides, glicocorticoides e catecolaminas pela glândula adrenal, o que ocasiona elevação da frequência cardíaca, da pressão arterial e do consumo de oxigênio.

Segundo Boscarol *et al* (2019) a dor aguda funciona como um fator protetor ao organismo. Isso se baseia no fato de a dor servir como um alerta para um potencial agressor, o que estimula a busca por intervenção. Sua duração é autolimitada, cuja resolutividade se dá mediante a eliminação do agente causador da agressão. (SOARES, 2017). O mecanismo envolvido na percepção da dor aguda consiste na ativação da via de nociceptores em decorrência do agente causador da lesão (VARANDAS, 2013).

3.3.1.2 Dor crônica

A dor crônica consiste em uma condição com duração de no mínimo três meses, que pode se perpetuar por longo período de tempo. Está vinculada a variados graus de sofrimento para o paciente, um vez que causa bastante comprometimento

da qualidade de vida; impede-o de realizar atividades diárias e, não menos relevante, provoca desajuste na dinâmica familiar. Segundo Santos, F. *et al* (2015), é um evento complexo, de cunho biopsicossocial, que se caracteriza como um problema de saúde coletiva, fazendo-se necessária uma abordagem multidisciplinar. Afirma-se, ainda, que a dor crônica surge em um contexto de ativação nociceptiva duradoura, ocasionando a persistência do quadro algico, mesmo que o agente causador tenha sido removido (PORTO, 2019; SOUZA; CRUZ; PEREIRA, 2018).

3.3.2 Classificação quanto à fisiopatologia

3.3.2.1 Dor nociceptiva

A definição de dor nociceptiva baseia-se no seu mecanismo de ativação, que são os nociceptores; ou seja, o processo de lesão tecidual sinaliza para os receptores dolorosos da região afetada que transmitirão os impulsos para a medula e, posteriormente, para as estruturas cerebrais. De acordo com a localização da lesão, a dor nociceptiva pode ser classificada de duas maneiras: dor somática e dor visceral. A dor somática se desenvolve mediante lesão de tecidos musculoesqueléticos e da pele. A dor visceral, por sua vez, processa-se por meio da ativação dos nociceptores inseridos mais profundamente, isto é, nos órgãos (PORTO, 2019; BICKLEY, 2018).

Devido aos métodos envolvidos no processamento da dor visceral e da dor somática serem diferentes, a apresentação clínica dessas também o são. A dor somática consiste em um sintoma bem localizado e intenso. A dor visceral, por sua vez, é mal localizada, difusa e inespecífica, podendo ser percebida na dor cardíaca decorrente de um infarto e na cólica renal, por exemplo. (PORTO, 2019; CARR *et al.*, 2005). Somando a isso, pode-se também destacar que a organização das fibras nervosas, tanto somáticas quanto viscerais, dirigem-se para os mesmos neurônios sensoriais na medula, ou seja, o trato espinotalâmico, podendo levar a um quadro de dor referida, cuja localização relatada pelo paciente diverge do local anatômico do órgão (LAS, 2013).

3.3.2.2 Dor neuropática

Teixeira (2019) afirma que a dor neuropática surge devido a uma lesão ou doença que acometa diretamente o sistema nervoso central (SNC) ou o sistema nervoso periférico (SNP), propiciando alterações funcionais ou anatômicas de terminações nervosas, troncos nervosos periféricos ou vias de condução. A

modificação do sistema somatossensorial é pautada na formação de focos extras de axônios, que surgem em virtude da degeneração dos axônios lesionados (CARDOSO, 2012).

Porto (2019) complementa, ainda, afirmando que a desaferentação dos axônios, a ativação de sinapses que antes eram inativas, bem como a conversão das sinapses inibitórias por excitatórias, também compõem os mecanismos envolvidos na dor neuropática. O local onde ocorre a lesão implica diferenciar dois tipos de dor neuropática, sendo a dor neuropática periférica e a dor neuropática central (CARDOSO, 2012). A primeira relaciona-se a lesão ou doença que acomete a medula espinal ou o cérebro, a exemplo das doenças desmielinizantes e cerebrovasculares pós-AVC, respectivamente. Em contrapartida, a dor neuropática periférica está associada a lesões que afetem as fibras C amielínicas e as fibras A mielinizadas (COLLOCA *et al*, 2017).

Embora o agente causador da lesão possa ser eliminado, a dor neuropática tem a capacidade de perpetuar-se. Suas características clínicas incluem dor em queimação, lancinante, em formigamento ou choques elétricos (BICKLEY, 2018). Constituem possíveis etiologias para a ocorrência de dor neuropática: diabetes, deficiência de vitamina B12, neuralgia pós-herpética, AVC e síndrome do membro fantasma (PORTO, 2019).

Na avaliação do paciente com dor neuropática, o foco deve ser analisar o comprometimento somatossensorial que ele pode apresentar, tendo em vista que, o contexto de dor neuropática no ser humano viabiliza o surgimento de déficits neurológicos e cognitivos. Ademais, é perceptível nesse cenário o aumento dos custos do cuidado em saúde, principalmente no que tange ao tratamento. (ALMEIDA *et al*, 2017).

3.3.2.3 Dor psicogênica

“Toda dor tem um componente emocional associado, o que varia é sua magnitude” (PORTO, 2019, p.125). Essa constatação introduz o conceito de dor psicogênica como sendo relacionada a fatores emocionais, sendo influenciada por transtornos psiquiátricos, como depressão e ansiedade, além da própria maneira de enfrentamento utilizada pelo indivíduo ante uma situação. De forma geral, a dor

psicogênica não tem associação anatômica com nenhum segmento corporal, tende a ser difusa e de localização indefinida (PORTO, 2019; BICKLEY, 2018).

3.3.3 Classificação quanto à origem estrutural

3.3.3.1 Dor visceral

Caracteriza-se como um tipo de dor nociceptiva, cujo receptores encontram-se nas vísceras. O estímulo ocorre nas fibras C amielinizadas. É difusa, sem localização precisa e tende a se acentuar com o funcionamento do órgão que teria sido acometido. Tende a localizar-se na projeção do respectivo órgão, como a dor cardíaca localiza-se na região retroesternal, a renal localiza-se nos flancos e a gastroduodenal localiza-se no epigástrico e no hipocôndrio direito (PORTO, 2019; RATHMELL; FIELDS, 2017).

A qualidade, ou característica descritiva, da dor é particular para cada tipo de víscera. Dessa forma, nas vísceras maciças ou processos não obstrutivos em vísceras ocas é descrita como “dor surda”, em processos obstrutivos em vísceras ocas é descrito como “cólica”, em comprometimento da pleura parietal é descrita como “dor em pontada ou em fincada”, na isquemia miocárdica é descrita como “dor em aperto”, e quando há envolvimento de ácido clorídrico no trato gastrointestinal é descrita como “dor em queimação” (PORTO, 2019).

3.3.3.2 Dor somática superficial

É causada pela estimulação dos receptores dolorosos presentes no tegumento, principalmente em fibras A δ mielínicas, e resulta principalmente de danos à superfície corporal. É bem localizada, e sua qualidade ou característica e intensidade acompanha de forma proporcional o estímulo que a gerou, podendo ser “picada”, “pontada” ou “queimor”. Geralmente ocorrem por processos traumáticos, inflamatórios e também por queimaduras (PORTO, 2019; RATHMELL; FIELDS, 2017; CORGOZINHO *et al*, 2020).

3.3.3.3 Dor somática profunda

Os receptores dolorosos ativados nesse tipo de dor localizam-se em estruturas como músculos, tendões, fáscias, articulações e ligamentos. Sua localização é mais imprecisa do que a dor somática superficial, e a intensidade acompanha proporcionalmente o estímulo que a causou. É descrita como

“dolorimento”, “dor profunda” e “cãimbra”. Por ser desencadeada ou exacerbada por movimento, e geralmente é causada por estiramento muscular, contração muscular isquêmica, exercício prolongado, artrite e artrose; e costuma ser aliviada pelo repouso (PORTO, 2019; PENHA; OLIVEIRA; LEITE, 2020).

3.3.3.4 Dor referida

Define-se como uma sensação dolorosa superficial, porém distante de sua origem estrutural. Caracteriza-se por obedecer às distribuições dermatômicas. O sistema tegumentar possui uma irrigação nervosa exuberante e a sua representação talâmica e cortical tende a ser maior. Consequentemente, os impulsos nervosos originados em estruturas profundas acabam por serem interpretados pelo cérebro como provenientes do tegumento; e, assim, o paciente sente a dor naquele local (PORTO, 2019).

Clássicos exemplos são a dor na face interna do braço no infarto do miocárdio e a dor periumbilical na fase aguda da apendicite, e constituem um grande desafio diagnóstico, pois afecções abdominais podem estar associadas à complicações intratorácicas ou apenas confundir-se. É necessário exame sistemático, boa história clínica e a realização de exames orientados para a hipótese diagnóstica (JACOBS; SILEN, 2017; MORROW, 2018; PORTO, 2019).

3.3.3.5 Dor irradiada

É sentida à distância de sua origem dolorosa, mas em estruturas que são inervadas pela mesma raiz nervosa ou no próprio nervo responsável pela geração da dor. À exemplo disso tem-se a dor ciática (ciatalgia), que é provocada pela compressão da raiz nervosa na coluna lombar por uma hérnia de disco (PORTO, 2019).

3.3.4 Outros tipos de dor

3.3.4.1 Dor miofascial

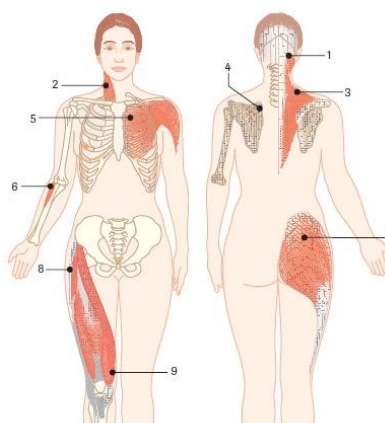
Causada por uma desordem neuromuscular regional, caracteriza-se pela presença de pontos sensíveis nos músculos contraídas (os chamados “*trigger points*” ou pontos gatilho) podendo envolver um ou mais músculos. Ao serem palpados, deflagram uma dor intensa que faz com que o paciente tenha uma reação automática (sinal do pulo), e por isso recebe denominação de “gatilho”. É uma das causas mais

comuns de dores musculoesqueléticas, podendo ser de origem metabólica, infecciosa, inflamatória, neoplásica e traumática, ocorrendo principalmente nas regiões de cintura escapular, lombar e cervical. Essa dor pode ser ainda local ou irradiada. Acomete pacientes do gênero feminino, prevalentemente da faixa etária de 31 a 50 anos (PEREIRA; DOS SANTOS; SILVEIRA, 2016; SILVA, 2017; OUACHER, 2019).

3.3.4.2 Fibromialgia

É uma síndrome dolorosa complexa e crônica, caracterizada por um desconforto musculoesquelético generalizado, pela presença de pontos dolorosos denominados “*tender points*” (Figura 1), por alterações sistêmicas como distúrbios do sono e fadiga, e por alterações psicológicas no paciente. Afeta principalmente mulheres na faixa de 40 a 60 anos. O nível de dor é descrito como tão intenso que chega à interferir no trabalho, nas atividades diárias e também na qualidade de vida em geral. Não se tem conhecimento sobre os mecanismos fisiopatológicos que levam à manifestação da fibromialgia, apesar de terem sido relacionados fatores traumáticos de infância e estressores psicossomáticos (PERNAMBUCO *et al*, 2015; DE FREITAS; PERES, 2017; CORDEIRO, 2018; FRIEDRICH; UHDE; ZANINI, 2020).

Figura 1 – Os 18 “*tenderpoints*” da fibromialgia



Fonte: (LAGE; LIMA, 2015, p.587).

3.4 ANAMNESE

A dor é caracterizada como um problema de saúde pública, pois é enquadrada como um dos principais causadores de sofrimento humano, o que suscita incapacidades, comprometimento da qualidade de vida, repercussões econômicas e principalmente psicossociais; sendo um dos principais motivos de afastamento do

trabalho (MOTTER, 2019; PASSARELLI *et al*, 2017). Estudos apontam que 80% das queixas e procura por serviços de saúde são motivados por dor, e 30 a 40% dos brasileiros sofrem de dor crônica, o que leva à grandes taxas de licenças médicas, aposentadorias por doença, indenizações trabalhistas e baixa produtividade (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor descrevem-na como o quinto sinal vital, associado com a temperatura, pulso, respiração e pressão arterial, e devendo ser avaliada conjuntamente à eles e tão automaticamente quanto os outros sinais vitais. Com bases nessas definições, compreende-se que a dor é um sintoma subjetivo, ou seja, cada paciente, de acordo com a sua experiência dolorosa, vai referir características distintas e específicas para o sintoma (GUERCI; CONSIGLIERE, 1999; BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Porto (2019) afirma que a intensidade da dor, percebida pelo paciente, pode ter influência emocional, como ansiedade, medo e depressão, cultural e religioso. Mudanças no limiar de dor também podem ocorrer, uma vez que indivíduos com dor principalmente aguda apresentam maior sensibilidade nociceptiva em comparação com pessoas saudáveis. Tanto a avaliação subjetiva quanto a fisiológica são fundamentais, pois fornecem uma ótica mais holística do estado de saúde dessas pessoas e das mudanças que ocorrem ao longo do tempo. Diante disso, ressalta-se a importância de avaliações clínicas individualizadas (PORTO, 2019; MOURA *et al*, 2017).

Escutar o paciente é citado como uma das melhores formas de se avaliar a dor. Ou seja, permitir que ele se expresse com o mínimo de interferência das palavras do avaliador. Como a experiência é inteiramente individual, deve-se sempre acreditar no que o paciente tem a dizer. Para o paciente, é de grande importância que o profissional de saúde busque compreendê-lo e interprete adequadamente o que ele diz, tanto verbal quanto não verbalmente, a fim de chegar à um diagnóstico correto e conduta efetiva. Todo o processo inicia-se com a boa comunicação e empatia (BRASIL, 2012). Bottega e Fontana (2010) afirmaram que a dor é um sintoma subjetivo e, dessa forma, no momento da avaliação, as características descritas pelo paciente acerca da natureza, localização e intensidade não podem ser negligenciadas, uma vez que essas informações auxiliam na elaboração do raciocínio

clínico. As manifestações emitidas pelo paciente também são bastante relevantes, pois esse pode se apresentar no local de atendimento expressando choro, gemidos, agitação, tremor e modificação dos sinais vitais, ao passo que a ausência dessas apresentações não significa ausência de dor, já que, alguns pacientes conseguem se adaptar a dor e desenvolver o autocontrole (QUEIROZ, 2015).

A severidade da dor, do ponto de vista do paciente, não depende diretamente da extensão da lesão que provocou o estímulo doloroso. Outros fatores que influenciam no processo doloroso e na forma como o paciente enfrenta a situação são os graus de estresse, a ansiedade, a depressão e a fadiga (PENHA; OLIVEIRA; LEITE, 2020). Ou seja, a dor deve ser abordada e compreendida em todos os seus aspectos, sejam eles psíquicos, sociais, espirituais ou puramente físicos, caracterizando-se, assim, um ser humano interdimensional (CORGOZINHO *et al*, 2020). Também é preciso incluir na avaliação a identificação de familiares, amigos e parceiros do paciente, além de seu grau de relacionamento com eles. Por fim, é interessante destacar qual a ocupação do paciente, caso ele tenha alguma, e se por algum motivo a abandonou e quando, a fim de relacionar ou não com o quadro algíco (DUBIN, 2019).

3.5 FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

A compreensão e abordagem da dor no processo de diagnóstico e no plano de cuidado deve ser primordial, contudo, vale ressaltar que a educação médica no Brasil possui traços de não valorizar a dor como ela realmente é, uma urgência médica, e isso gera uma dificuldade de entendimento e valorização acerca desse achado. Nesse sentido, atribui-se ainda a esse aspecto de avaliação da dor, uma componente subjetiva, pois esta não possui análise laboratorial ou testes objetivos e depende em grande parte da percepção e relatos dos pacientes (KAWAGOE; MATUOKA; SALVETTI, 2017).

Sendo assim, o objetivo dessas avaliações consiste em apreender, com maior precisão, uma medida desse sintoma, para que assim, seja possível fazer análises clínicas adequadas, que orientem a tomada de decisão (HELLER; MANUGUERRA; CHOW, 2016). Dessa forma, torna-se evidente que uma das melhores maneiras para se detectar a queixa de dor é por meio do registro de dados e da sistematização do processo avaliativo, pois “dor identificada e não descrita não é tratada” (MENDES *et al*, p. 117, 2018).

Nessa perspectiva ressalta-se a importância de instrumentos de avaliação da dor. Na ótica de Varandas (2013), a utilização das ferramentas de avaliação tem como objetivo tentar localizar, quantificar, qualificar e validar a vivência da dor subjetiva do paciente, conferindo assim uma relação e comunicação efetiva entre o médico e o doente.

É importante destacar que, ao escolher a ferramenta de avaliação que será utilizada, é preciso levar em consideração o tipo de população ao qual será aplicado, como por exemplo crianças, idosos, analfabetos ou pessoas com dificuldades cognitivas, e definir o mais adequado. Dentre essas ferramentas dispõem-se a Escala Visual Analógica (EVA), Decálogo Semiológico da Dor, Escala Numérica, Inventário Breve de Dor (BPI), Escala *Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs* (LANSS) e Questionário McGill de Dor (MPQ) (SOUSA; DA SILVA, 2004).

3.5.1 Escala Visual Analógica (EVA):

É Instrumento de uma única dimensão que quantifica a dor. Ocupa-se de uma linha enumerada de 0-10 que possibilita ao paciente posicionar a dor. Seus extremos são identificados como “nenhuma dor” e em outro “pior dor imaginável ou uma dor intolerável” (Figura 2). Desse modo, também pela sua simplicidade e facilidade de manejo, a EVA tem uma grande popularidade na atividade clínica, especialmente em avaliações da dor pós-operatória e em unidade hospitalar (ALVES NETO, 2010).

Ainda nesse panorama, de acordo com Marques, Centonola e Martinez (2011), existem algumas limitações quando utilizado esse instrumento na população idosa e infantil, causadas por dificuldades da ausência ou diminuição de cognição. Ademais, o fato de avaliar somente o componente de intensidade da dor e não outros aspectos, como o mal-estar gerado ou o seu impacto na qualidade de vida, corrobora para uma avaliação não muito fidedigna.

Figura 2 - Escala Visual Analógica

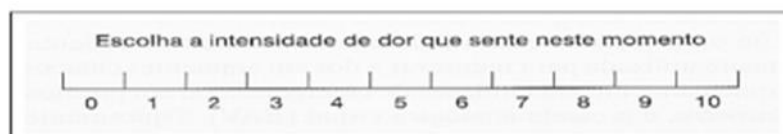


Fonte: (RIBEIRO et al, 2019, p. 33).

3.5.2 Escala numérica:

Para Alves Neto (2010), a escala numérica é classificada como tipo unidimensional, utilizada apenas para mensurar a severidade e intensidade da dor, como ideia de adquirir informações rápidas, não invasivas e válidas. Assim, a escala numérica tem o objetivo de quantificar a dor na utilização de números que se encontram de 0 a 10, onde ponto 0 (zero) corresponde nenhuma dor e 10 (dez) a pior dor possível (Figura 3). Os demais números representam quantidades intermediárias.

Figura 3 - Escala numérica de dor



Fonte: (ALVES NETO, 2010, p.696).

3.5.3 Decálogo da dor:

Os atributos que distinguem a dor são dez, sejam eles: a localização, a irradiação, os fatores desencadeantes, os fatores atenuantes, os fatores agravantes, o modo de início, a qualidade, a intensidade, a duração e as relações funcionais (PORTO, 2019). De acordo Magalhães e Samara (2019) a dor pode ser caracterizada por diversos atributos ou qualidades pelo paciente, variando desde pontada, fígada, peso, queimação até à lancinante ou pulsátil.

A história clínica detalhada constitui uma das etapas mais importantes da avaliação. Por meio dela é possível ter acesso aos fatores fisiopatológicos, bem como ao estado emocional e psicológico do paciente. Para isso, torna-se conveniente a aplicação do Decálogo da Dor que, de acordo com Porto (2019) e Lopes, Silva e Yamada (2016), tenta abordar de forma abrangente as principais características da sensação dolorosa:

Quadro 1 – Decálogo da Dor

Atributos da dor	Descrição
Localização	Refere-se ao local doloroso e pede-se ao paciente para que o aponte com a mão.

Irradiação	Avalia o padrão de dor sentida, se é um tipo de dor localizada e bem delimitada ou se tem um trajeto característico, como nas dores por compressão radicular.
Qualidade ou Caráter	O paciente que descreva a sensação que a dor desencadeia. Dor tipo “cólica”, dor “lancinante ou pulsátil”, dor “em aperto” e dor “em choque” são adjetivos referidos para a dor, que ajudam raciocínio clínico.
Intensidade	Extremamente subjetivo, no qual o paciente irá referir, de acordo com a sua percepção, quão intensa está a sua queixa dolorosa.
Duração	Analisa o período de surgimento da dor, solicitando a data e o tempo de duração do episódio. Além disso, pergunta ao paciente se é uma dor contínua ou episódica, durante quanto tempo do dia ela aparece e com que frequência, no caso de dor intermitente.
Evolução	Avalia a mudança de padrão que a dor pode apresentar. É importante iniciar investigando o modo de instalação, se súbito ou insidioso; ou se a dor, a princípio, se apresenta como crônica e surda e, posteriormente, evolui para um padrão de dor aguda e intensa.
Relação com outras funções orgânicas	Leva-se em consideração a localização da dor e os órgãos e estruturas situados na mesma região, tendo em vista que a dor pode ser intensificada com a atividade funcional do órgão.
Fatores desencadeantes ou agravantes	A procura por esses fatores auxiliam bastante na formação do raciocínio clínico, podendo levar a exclusão de determinadas patologias.

Fatores atenuantes	Nesse tópico estão as medidas que provocam alívio dos sintomas, sejam elas o uso de medicação, posições adotadas, repouso ou movimento.
Manifestações concomitantes	Avalia outros sintomas que podem estar associados à dor.

Fonte: (LOPES; SILVA; YAMADA, 2016; PORTO, 2019), adaptado.

3.5.5 Inventário Breve de Dor (*Brief Pain Inventory – BPI*):

Também reconhecido como *Wisconsin Brief Pain Questionnaire* (DAUT; CLEELAND; FLANERY, 1983), trata-se de um instrumento validado na língua portuguesa, que permite quantificar fenômenos da psicologia e garante avaliar a intensidade do impacto na qualidade de vida, na própria dor e na conduta de intervenção. Por meio do questionário proposto, é possível avaliar a intensidade dos sintomas dolorosos, além de enfatizar como eles influenciam nas atividades cotidianas e no trabalho (CAUZ *et al*, 2016). Dá-se através de uma abordagem de fácil aplicação e de rapidez na execução, podendo assim ser auto aplicado ou auxiliado por entrevistador. O BPI, cujo desenvolvimento inicial foi relacionado à aspectos da dor no câncer, hoje mostra-se uma ferramenta apropriada para avaliar a dor causada por uma diversidade de condições clínicas (SÁ *et al*, 2015; SANTOS, G. *et al*, 2015).

Segundo Andrade, Pereira e Sousa (2006), é um instrumento multidimensional que faz uso de uma escala de 0-10 para graduar os seguintes itens: intensidade, interferência da dor na habilidade para caminhar, atividades diárias do paciente, no trabalho, atividades sociais, humor e sono. A dor avaliada pelo paciente é aquela presenciada no momento do questionário e também a mais intensa, a menos intensa e a média da dor, avaliada nas últimas 24 horas. (ANEXO A)

3.5.6. Escala de dor *Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs* (LANSS):

É uma escala, já validada em língua portuguesa, criada principalmente para diferenciar pacientes com dor neuropática, nociceptiva ou de causas mistas. Essa diferenciação é importante para guiar a escolha da conduta terapêutica e escolha medicamentosa, e muito usada em contextos de atendimento à dores crônicas (SCHESTATSKY *et al*, 2011; PRUDENTE, 2020).

Segundo Antunes (2019), a escala é de aplicação rápida, sendo dividida em duas partes. A primeira parte possui 5 questões descritivas com SIM ou NÃO e que dependem da resposta subjetiva do paciente, em que cada resposta adquire um “peso” diferente, de forma que as duas primeiras respostas positivas recebem 5 pontos, a terceira recebe 3 pontos, a quarta recebe 2 pontos e a quinta recebe 1 ponto. As respostas negativas não pontuam. E a segunda parte constitui em um exame físico simples. (ANEXO B)

3.5.7 Questionário McGill de Dor (MPQ):

Caracteriza-se como um instrumento multidimensional que avalia vários aspectos da dor por meio de palavras-chaves (descritores), os quais o paciente escolhe para expressar a sua dor. Os descritores são divididos em quatro grupos: sensorial discriminativo, afetivo motivacional, avaliativo cognitivo e miscelânea. Essa classificação tem sido reconhecida e cada vez mais utilizada no Brasil. (ANDRADE; PEREIRA; SOUSA, 2006).

Para Alves Neto (2010) um fato básico é de que os aspectos sensoriais, afetivos e avaliativos são analisados na linguagem dos próprios pacientes, fato que exhibe uma descrição real da experiência de dor de forma individual, o que corrobora para uma personalização e validação desse instrumento. De acordo com Andrade, Pereira e Sousa (2006), essa ferramenta é utilizada através de um índice numérico de descritores e contém o número de palavras escolhidas pelo “paciente” para caracterizar a sua dor, sendo uma palavra de cada subgrupo, com o valor máximo de vinte descritores. Dessa forma o índice de dor é calculado pela somatória dos valores de intensidade de cada descritor (0-5), tendo este o máximo de 78. O MPQ conta com um diagrama corporal para melhor localização da dor e avaliação da dor quanto a sua periodicidade e duração. (ANEXO C)

3.6 O SIGNIFICADO CLÍNICO DA DOR

Ao considerar tudo isso, pressupõe-se que o profissional da saúde, e em especial o médico, tenha conhecimento teórico prévio na área temática da dor. Isso inclui desde sua fisiopatologia, as formas de avaliação e mensuração, até a conduta de entrevista com o paciente. Grandes erros são cometidos nesse momento, tanto em não saber avaliar quanto em escolher a conduta mais adequada para o caso. É importante destacar que o tratamento da dor não é um privilégio, mas sim um direito humano (ALVES NETO, 2010).

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

A presente pesquisa caracteriza-se como exploratória-descritiva, a qual pretende descrever e avaliar habilidades e características de um grupo ou de uma experiência. Para chegar ao objetivo da investigação, a abordagem será qualitativa, apoiada à ferramenta de entrevista com questionário objetivo com 26 perguntas (ANEXO D), via *online* pelo *Google Forms*, e aplicado aos alunos de medicina do 8º período do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (ITPAC) Porto Nacional. A pesquisa será iniciada e, então, feita a coleta de dados adequada após aprovação pelo Comitê de Ética.

4.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A coleta de dados será realizada na cidade de Porto Nacional, Tocantins, na Instituição de Ensino Superior FAPAC/ITPAC Porto Nacional do período de 25 de agosto a 05 de outubro de 2021.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população estudada será os estudantes de medicina do 8º período da Instituição de Ensino Superior ITPAC Porto Nacional. Essa amostra totaliza 67 alunos, e a partir disso foi obtida uma amostra estratificada aleatória considerando um nível de confiança de 95% com erro amostral de 5%, o qual o N amostral resultou em uma amostra de, aproximadamente, um mínimo de 58 alunos.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos na pesquisa aqueles que:

- Assinalarem que concordam com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Estejam matriculados no 8º período de medicina;
- Sejam estudantes do ITPAC Porto Nacional.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos na pesquisa aqueles que:

- Mesmo após assinar o termo, desistirem de participar a pesquisa;
- Não responderem o questionário por completo.

4.6 VARIÁVEIS

Foram selecionadas para análise as variáveis:

- Sexo;
- Idade;
- Método de ensino predominante na formação acadêmica (tradicional ou PBL);
- Realização de graduação anterior.

4.7 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS, ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

As perguntas do questionário serão realizadas via *Google Forms*, enviadas e disponibilizadas por meio das redes sociais das autoras deste trabalho. As análises e apresentação dos dados serão feitos por meio de tabelas, textos e gráficos.

A coleta de dados será por meio das respostas obtidas em questionário sendo realizada a tabulação e análise dos dados. O instrumento utilizado será um questionário já aprovado pelo comitê de ética e elaborado por Sereza e Dellaroza (2003) e por Santos *et. al* (2019) e adaptado para se adequar aos objetivos propostos nesse trabalho. O projeto será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Plataforma Brasil e somente após a sua aprovação será iniciada a sua execução. O questionário será realizado de forma virtual e disponibilizado por meio da plataforma *Google Forms*, e enviado aos alunos via seus *e-mails*, devidamente disponibilizados pela coordenação da Instituição de Ensino Superior. O questionário será liberado para os participantes a partir do momento que aceitarem participar da pesquisa e se enquadrarem nos critérios de inclusão.

É importante ressaltar que o questionário será composto de perguntas de múltipla escolha, contendo 26 perguntas sobre o tema abordado (ANEXO D). Concomitantemente estará presente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE (APÊNDICE 1), que deverá ser aceito pelo participante.

Logo após a coleta dos dados, será realizada sua tabulação por meio do Excel®, com uso de método percentual simples. Será realizada a confecção de gráficos e tabelas, com o objetivo de facilitar sua interpretação, confeccionadas abordando as variáveis estudadas de sexo, idade, método de ensino predominante na formação e se há graduação anterior à de medicina.

5 DELINEAMENTO DA PESQUISA

É válido ressaltar que serão avaliados, no mínimo, 58 estudantes de um total de 67 estudantes do 8º período do curso de medicina. O instrumento para coleta de dados, pelo *Google Forms*, será um questionário composto por 26 (vinte e seis) questões de múltipla escolha disponibilizados pelas redes sociais das autoras desse trabalho e enviado aos alunos participantes por meio de seu *e-mail*, os quais serão solicitado previamente à coordenação de curso da Instituição de Ensino Superior. A pesquisa terá prosseguimento com a tabulação em Excel® dos dados e, posteriormente, a formulação de tabelas e gráficos para melhor entendimento.

A população de acadêmicos de medicina da FAPAC/ITPAC Porto Nacional que estarão cursando o 8º período no momento de realização desse trabalho será de 67 alunos. Sabendo da improbabilidade de adesão de todos os acadêmicos à pesquisa, faz-se necessário uma parte representativa dessa população: a amostra.

Tendo conhecimento que o tamanho da amostra é dado pelo cálculo: $n = \frac{n_0}{1 + (n_0 - 1)/N}$; em que 'N' corresponde ao valor da população total (ou seja, 67) e que 'n₀' é dado pelo cálculo: $n_0 = \frac{z^2 k^2}{4 d^2}$, sendo que o numerador corresponde ao grau de confiança e o 'd' a margem de erro da pesquisa. Assim, foi delimitando uma confiabilidade de 95% com uma margem de erro de 5% e, utilizando os números pré-determinados de valores críticos associados ao grau de confiança na amostra, ficamos com o seguinte cálculo:

$$n_0 = \frac{z^2 k^2}{4 d^2} = \frac{1,96^2}{4 (0,05)^2} = \frac{3,8416}{0,01} = 384,16 \quad \text{---} \quad n = \frac{n_0}{1 + (n_0 - 1)/N} = \frac{384,16}{1 + (383,16)/67} = 57,16.$$

De acordo com esse critério estatístico, a amostra desta pesquisa foi definida como no mínimo 58 (cinquenta e oito) acadêmicos de medicina do 8º período da FAPAC/ITPAC Porto Nacional.

6 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa respeitará as normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde número 466, de 12 de dezembro de 2012. Será submetido a um Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). Antes de prosseguirem com questionário, via *Google Forms*, os participantes deverão assinalar se aceitam o termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), com a finalidade de validar a sua participação. Durante a pesquisa, o anonimato será preservado.

6.1 RISCOS

O questionário será aplicado de forma digital, via *Google Forms*, para evitar a exposição dos participantes. Os possíveis riscos com a pesquisa são: desconforto, constrangimento ou cansaço ao responder o questionário. O risco de vazamento de dados será controlado pelas pesquisadoras e por plataforma segura (do *Google Forms*) e, com o objetivo de evitar essa situação, os questionários não contarão com identificação direta. Com a finalidade de obterem os resultados dos estudos realizados, será fornecido o contato dos pesquisadores após aceitarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e estes serão enviados mediante solicitação.

6.2 BENEFÍCIOS

Utilização do resultado do levantamento de dados por parte dos participantes para uma auto avaliação do conhecimento sobre o tema. Aprofundamento do conhecimento sobre o assunto abordado. Os dados serão disponibilizados a todos os participantes após a publicação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

6.3 CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA

Será suspensa a entrevista ou utilização dos dados do participante caso apresente dano à sua saúde, de caráter emocional, psicológico ou social ou a qualquer momento que o participante desejar. Além disso, a pesquisa poderá ser suspensa caso acontecimentos de fatores externos, como por exemplo, a pandemia de Sars-CoV-2 iniciada em dezembro de 2019, impeçam a continuidade do projeto de pesquisa.

7 DESFECHO

7.1 DESFECHO PRIMÁRIO

Ter uma melhor compreensão acerca do conhecimento dos estudantes de medicina do 8º período do ITPAC Porto Nacional acerca da utilização das ferramentas semiológicas do sintoma da dor durante a anamnese para se chegar à um diagnóstico preciso.

7.2 DESFECHOS SECUNDÁRIOS

Aprofundar o entendimento sobre o conceito de dor através da história, os mecanismos fisiológicos que levam à sua percepção sensorial, o impacto psicológico e social provocado nos pacientes e analisar o conhecimento dos estudantes sobre as ferramentas usadas para a identificação da dor no processo diagnóstico. Ademais, as pesquisadoras possuem o interesse em divulgar os resultados em eventos científicos, como por exemplo, congressos, seminários e fazer a publicação, no formato de artigo, em revistas.

8 CRONOGRAMA

Quadro 3 - Cronograma da pesquisa

2020/2						2021/2 Após aprovação do CEP				
ETAPAS	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	M1	M2	M3	M4	M5
Escolha do tema	x									
Pesquisa bibliográfica	x	x	x							
Elaboração do Projeto	x	x	x	x						
Defesa do Projeto					x					
Submissão ao CEP					x					
Encontros com o(a) orientador(a)	x	x	x	x			x	x	x	x
Seleção dos participantes							x	x		
Levantamento dos dados								x		
Análise dos Resultados								x	x	
Escrita do Artigo Científico							x	x	x	x
Revisão do Artigo									x	
Defesa do Artigo										x
Submissão do Artigo										x

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

9 ORÇAMENTO

Quadro 4 - Orçamento dos recursos gastos com a pesquisa

CATEGORIA: GASTOS COM RECURSOS MATERIAIS			
Itens	Quantidade	Valor Unitário R\$	Valor Total R\$
Resma de folha de A4 chamex Office de A4	1	24,00	24,00
Pasta portfólio	1	10,00	10,00
Impressões	3	40,00	120,00
Caneta bic	3	2,50	7,50
CATEGORIA: GASTOS COM RECURSOS HUMANOS			
Itens	Quantidade	Valor Unitário R\$	Valor Total R\$
Combustível	4L	4,50	18,00
CATEGORIA: FINANCIAMENTO TOTAL DA PESQUISA			
Categorias			Valor Total R\$
Gastos com recursos materiais			161,50
Gastos com recursos humanos			18,00
Valor Total:			179,50

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Obs. Todas as despesas previstas serão cobertas por financiamento próprio.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Flavia Cesarino, et al. Correlação entre dor neuropática e qualidade de vida. **BrJP**, v. 1, n. 4, p. 349-353, 2017.

ALVES, Jose Edgard et al. Mecanismos fisiopatológicos da nocicepção e bases da analgesia perioperatória em pequenos animais. **Acta Biomedica Brasiliensia**, v. 8, n. 1, p. 56-68, 2017.

ALVES NETO, Onofre. Princípios gerais no tratamento da dor. In: Gouveia et al. *Anestesia Regional: Princípios e prática*. São Paulo, editora Manole, 2010.

ANDRADE, Francisco Alves de; PEREIRA, Lilian Varanda; SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 271-276, 2006.

ANTUNES, Fabricio Dias. **Triagem de dor neuropática em indivíduos com doença falciforme**: aplicação de apenas uma ferramenta é suficiente? 2019. 108 f. Tese (doutorado em Ciências da Saúde). Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2019.

ARAÚJO JÚNIOR, Anastácio Borges de. **Uma insólita mistura de prazer e dor**. 2016.

BHAGAVAD Gita: a mensagem do mestre. Tradução Francisco Valdomiro Lorenz. 22 ed. São Paulo: Pensamento, 2006.

BICKLEY, Lynn S. **Bates, Propedêutica Médica**: 12 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

BOSCAROL, Gabriela Tavares et al. Avaliação do diagnóstico de enfermagem “dor aguda” em pacientes internados em uma clínica médico-cirúrgica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 9, 2019.

BOTTEGA, H. Fernanda; FONTANA, T. Rosane. **A dor como quinto sinal vital: A utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral**. Florianópolis, v.19, n.2, pp.228-290, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 2v. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cap_6_vol_2_cuidados_paliativos_final.pdf com acesso em 22.set.2020 as 11:30.

CARDOSO, M. G. M. Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor. In: CARVALHO, R.; PARSONS, H (org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2 ed. São Paulo: ANCP, 2012.

CAUZ, Marina et al. Qualificação da dor em trabalhadoras de uma malharia no sul do Brasil. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, n. 1, p. 75-83, 2016.

COLLOCA, L. et al. Neuropathic pain. **Nature Reviews Disease Primers**. Local, v. 3, n. 17002, p. 1-19, Fev, 2017.

CORDEIRO, Vanesa Nazário. **A dor crônica**: experiência de pacientes em tratamento de fibromialgia. 2018. 94f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica), Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2018.

CORGOZINHO, Marcelo Moreira et al. Dor e sofrimento na perspectiva do cuidado centrado no paciente. **Revista Bioética**, v. 28, n. 2, p. 249-256, 2020.

DAUT, Randall L.; CLEELAND, Charles S.; FLANERY, Randall C. Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. **Pain**, v. 17, n. 2, p. 197-210, 1983.

DE FREITAS, Elisa Pellosi; PERES, Rodrigo Sanches. A fibromialgia sob a ótica psicanalítica: um breve panorama. **Polêm!ca**, v. 17, n. 1, p. 001-015, 2017.

DHAMMAPADA: caminho da lei. Tradução Georges da Silva. 16 ed. São Paulo: Pensamento, 2015.

DIAS, João Mota. Dor: Passado, Presente e Futuro Pain: Past, Present and Future. **Revista de Anestesia Regional e Terapia da Dor | Journal of Regional Anaesthesia and Pain Treatment**, v. 2009, 2009.

DUBIN, Andrew. Anamnese no paciente com dor. In: ARGOFF, Charles E., DUBIN, Andrew; PILITSIS, Julie G. **Secrets – Tratamento da Dor**: perguntas e respostas. 4 ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, pp. 51-58, 2019.

FRIEDRICH, João Vítor; UHDE, Sara Petrini Ritter; ZANINI, Elaine de Oliveira. Fibromialgia: importância do conhecimento da doença e seus tratamentos. **FAG JOURNAL OF HEALTH (FJH)**, v. 2, n. 2, p. 307-314, 2020.

RIBEIRO, Fabiano Aires et al. Assistência de enfermagem na mensuração da dor crônica em pacientes oncológicos. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, v. 4, n. 1, 2019.

GAGLIARDI, J. Rubens; TAKAYANAGUI, M. Osvaldo. **Tratado de neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**: 2 Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

GUERCI, Antonio; CONSIGLIERE, Stefania. Por uma antropologia da dor. Nota preliminar. **Ilha Revista de Antropologia**, v. 1, p. 57-72, 1999.

HELLER, G. Z.; MANUGUERRA, M.; CHOW, R. How to analyze the Visual Analogue Scale: Myths, truths and clinical relevance. **Scandinavian Journal of Pain**. Local, v. 13, p. 66-75, 2016.

IASP. **IASP announces revised definition of pain**. 2020. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475> com acesso em 25.set.2020 as 12:32.

JACOBS, Danny O.; SILEN, William. Dor abdominal. In: KASPER, Dennis L. **Medicina interna de Harrison**. 19 ed. Porto Alegre: AMGH Editora, pp. 160-165, 2017.

KAWAGOE, Camila Kaory; MATUOKA, Jessica Yumi; SALVETTI, Marina Góes. Instrumentos de avaliação da dor em pacientes críticos com dificuldade de comunicação verbal: revisão de escopo. **Rev Dor**, v. 18, n. 2, p. 161-5, 2017.

LAGE, Lais Verderame; LIMA, Fernanda Roguigues. Fibromialgia. In: MARTINS, Milton Arruda et al. **Clínica Médica, volume 5**: doenças endócrinas e metabólicas, doenças ósseas e doenças reumatológicas. 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2015.

LOPES, J. L.; SILVA, M. A. S.; YAMADA L. A. P. Avaliação da dor. In: BARROS, A. L. B. L. (org.). **Anamnese e Exame Físico: Avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 3 Ed. Porto Alegre: Artmed, pp. 405-431, 2016.

MAGALHÃES, Eduardo Paiva; SAMARA, Adil Muhib. Consulta em Reumatologia/ Anamnese e Exame físico. In: CARVALHO, Marco Antonio et al. **Reumatologia: diagnóstico e tratamento**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

MARQUES, Laura Gasbarro; CENTOLA, Daphine; MARTINEZ, José Eduardo. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência. **Revista Brasileira Reumatologia**, São Paulo, Volume 51 (4):299-308, 2011.

MARQUEZ, Jaime Olavo. A dor e os seus aspectos multidimensionais. **Ciência e Cultura**, v. 63, n. 2, p. 28-32, 2011.

MENDES, B. S. O. et al. Assistência a dor em um hospital de ensino. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v. 6, n. 10, pp. 111-123, abr. 2018.

MOFFAT, R. E RAE, C. Anatomy, physiology and pharmacology of pain. **Anaesthesia and intensive care medicine**, 12(1), pp. 12-13, 2010.

MORROW, David A. Dor torácica. In: KASPER, Dennis L. **Medicina interna de Harrison**. 20 ed. Porto Alegre: AMGH Editora, pp. 72-80, 2018.

MOTTER, Solange Mara. **A dor multidimensional na percepção de pacientes oncológicos**. 2019. 23f. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Câmpus Erechim, 2019.

MOURA, Caroline de Castro et al. Avaliação e correlação entre as variáveis subjetivas e fisiológicas da dor crônica na coluna vertebral. **Revista Dor**, v. 18, n. 3, p. 194-198, 2017.

NAVE, P. I. M. **Avaliação e tratamento da dor aguda numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente**. 2017. 34f. Dissertação (Mestrado em Medicina). Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã (Portugal), 2017.

ONESKO, Stéfani de Almeida; VENTURINI, Renata Lopes Biazotto. As meditações do imperador Marco Aurélio. In: XIV Jornada de Estudos Antigos e Medievais, n. 14, 2015, Maringá. **Anais da XIV Jornada de Estudos Antigos e Medievais**, v. 1, p. 1-14, 2015.

OUACHER, Dinya. **Aplicação da toxina botulínica no tratamento das dores miofasciais**. 2019. 30f. Tese (Mestrado em Medicina Dentária), Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2019.

PASSARELLI, Mariella et al. **Dor crônica**: elaboração de infográfico como ferramenta em educação de leigos. 2017. Dissertação (Mestrado de Ciências Médicas e da Saúde), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC, São Paulo, 2017.

PENHA, Joaquim Rangel Lucio; OLIVEIRA, Cleide Correia; LEITE, Diógenes Bezerra. Manejo de enfermagem no controle da dor no paciente oncológico. **Revista Biomotriz**, v. 14, n. 2, p. 105-114, 2020.

PEREIRA, Elgen Leonardo Moura; DOS SANTOS, Júlio Henrique; SILVEIRA, Letícia de Paula. **Efeito da acupuntura e do agulhamento seco na dor miofascial**. 2016. 29f. Monografia (Graduação em Fisioterapia), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

PERNAMBUCO, Andrei Pereira et al. Fibromialgia: diagnóstico, fisiopatologia e tratamentos. **Conexão ciência (Online)**, v. 9, n. 1, p. 01-19, 2015.

PORTO, Celmo Celeno. **Semiologia Médica**: 8 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

PRUDENTE, Marcella de Paula et al. Tratamento da dor crônica na atenção primária à saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 49945-49962, 2020.

QUEIROZ, D. T. G. et al. DOR - 5º sinal vital: conhecimento de enfermeiros. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**. Recife, v. 9, 4, pp. 7186-7192, abril, 2015.

RATHMELL, James P.; FIELDS, Howard L. Dor: fisiopatologia e tratamento. In: KASPER, Dennis L. **Medicina interna de Harrison**. 19 ed. Porto Alegre: AMGH Editora, pp. 143-151, 2017.

SALTARELI, Simone et al. A dor do existir e a religião na perspectiva dos católicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 685-692, 2015.

SANTOS, Amanda Francielle et al. Formação dos discentes de enfermagem acerca da avaliação da dor. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1380-1386, 2019.

SANTOS, Gabriel Venas et al. Pain assessment through the brief pain inventory in a low socioeconomic level population. **Revista Dor**, v. 16, n. 3, p. 190-194, 2015.

SANTOS, F. A. A. et al. Prevalência de dor crônica e sua associação com a situação sociodemográfica e atividade física no lazer em idosos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v.18, n1, p. 234-247, Jan-Mar, 2015.

SCHESTATSKY, Pedro et al. Brazilian Portuguese validation of the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs for patients with chronic pain. **Pain Medicine**, v. 12, n. 10, p. 1544-1550, 2011.

SCHWARZ, Fernando. **O Egito Invisível e o Poder dos Símbolos**. 2009.

SEREZA, Talita Woitas; DELLAROZA, Mara Solange Gomes. O que está sendo aprendido a respeito da dor na UEL?. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 24, n. 1, p. 55-66, 2003.

SILVA, Albery Lins da. **Postura cervical ao dormir e sua influência sobre a dor miofascial na cabeça e pescoço**. 2017. 103f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.

SILVA, Mylenna Fernandes da et al. AVALIAÇÃO DA DOR E SEUS ASPECTOS MULTIDIMENSIONAIS. **Revista Interdisciplinar Pensamento Científico**, v. 5, n. 5, 2019.

SOARES, T. C. S. **Perfil de prevalência da dor de uma população idosa institucionalizada na região da Beira Interior Norte**: Um estudo Descritivo-Experiência profissionalizante na vertente de farmácia comunitária e investigação. 2017. 153f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior do Norte, Portugal, 2017.

SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros; DA SILVA, José Aparecido. Avaliação e mensuração da dor em contextos clínicos e de pesquisa. **Rev Dor**, v. 5, n. 4, p. 408-29, 2004.

SOUZA, Layz Alves Ferreira; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da; PEREIRA, Lilian Varanda. Cross-cultural adaptation of Chronic Pain Coping Inventory-Brazilian version. **BrJP**, v. 1, n. 2, p. 94-102, 2018.

TEIXEIRA, M. J. Fisiopatologia da dor. In: GAGLIARDI, J. Rubens; TAKAYANAGUI, M. Osvaldo. **Tratado de neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**: 2 Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, pp. 2821-2855, 2019.

VARANDAS, C. M. B. **Fisiopatologia da dor**. 2013. 79f. Dissertação (Mestrado em Ciências farmacêuticas) - Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2013.

ANEXOS

Anexo A: Inventário Breve de Dor (IBD)



PATIENT STAMP

Breve Inventário de Dor (Formulário Curto) Modificado

1. Por favor, classifique a sua dor assinalando o quadrado ao lado do número que melhor descreve a sua dor em seu **pior** momento nas últimas 24 horas.

☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10
Sem										Dor Tão Forte Quanto
Dor										Você Pode Imaginar
2. Por favor, classifique a sua dor assinalando o quadrado ao lado do número que melhor descreve a sua dor em média.

☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10
Sem										Dor Tão Forte Quanto
Dor										Você Pode Imaginar
3. Por favor, classifique a sua dor assinalando o quadrado ao lado do número que melhor descreve a intensidade da dor que você está sentindo **neste momento**.

☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10
Sem										Dor Tão Forte Quanto
Dor										Você Pode Imaginar
4. Nas últimas 24 horas, qual foi a intensidade do alívio que você sentiu, com as medicações ou tratamentos para dor? Por favor, assinale o quadrado abaixo que representa a porcentagem que melhor descreve a intensidade do **alívio que você sentiu**?

☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10
Nenhum										Alívio
Alívio										Completo
5. Assinale o quadrado ao lado do número que melhor descreve como, nas últimas 24 horas, a dor interferiu com:
 - A. Suas atividades gerais

☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10
Não										Interferiu
Interferiu										Totalmente
 - B. Seu trabalho normal (inclui tanto trabalho doméstico como trabalho fora de casa)

☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10
Não										Interferiu
Interferiu										Totalmente
 - C. Relacionamento com outras pessoas

☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10
Não										Interferiu
Interferiu										Totalmente

SOMENTE PARA USO DO ESCRITÓRIO: TOTAL PAIN SCORE (Average #1, 2, 3 X 100)= _____

TOTAL FUNCTIONAL SCORE (Average 8 A, B, C X 100)= _____

EVOLUÇÃO NO ESTABELECIMENTO DE METAS

Para quais metas você se dedicou desde que nos vimos da última vez?

1. _____

2. _____

3. _____

Qual foi o seu nível de sucesso?

Meta 1: 1= nenhum 2=algum sucesso 3= realizado

Quais são os obstáculos que você precisa superar para alcançar a sua meta, caso você ainda não tenha conseguido?

Meta 2: 1= nenhum 2=algum sucesso 3= realizado

Quais são os obstáculos que você precisa superar para alcançar a sua meta, caso você ainda não tenha conseguido?

Meta 3: 1= nenhum 2=algum sucesso 3= realizado

Quais são os obstáculos que você precisa superar para alcançar a sua meta, caso você ainda não tenha conseguido?

☐ Não consegui trabalhar nas minhas metas até agora. No que você gostaria de trabalhar?

Meta #1: _____

Meta #2: _____

Quais são algumas das medidas que você pode tomar para alcançar essas metas?

Fonte: (ANDRADE; PEREIRA; SOUSA, 2006).

Anexo B: LANSS

NOME: _____

Data: _____

Esta escala de dor ajuda a determinar como os nervos que carregam a informação de dor estão funcionando. É importante obter este tipo de informação, pois ela pode ajudar na escolha de um tratamento específico para o seu tipo de dor.

A. QUESTIONÁRIO DE DOR

- Pense na dor que você vem sentindo na última semana.
- Por favor, diga se qualquer uma das características abaixo se aplica a sua dor. Responda apenas SIM ou NÃO.

1. A sua dor se parece com uma sensação estranha e desagradável na pele? Palavras do tipo “agulhadas,” “choques elétricos” e “formigamento” são as que melhor descrevem estas sensações.

a. NÃO — Minha dor não se parece com isso [0]

b. SIM — Eu tenho este tipo de sensação com frequência [5]

2. A sua dor faz com que a cor da pele dolorida mude de cor? Palavras do tipo “manchada” ou “avermelhada ou rosada” descrevem a aparência da sua pele.

a. NÃO — Minha dor não afeta a cor da minha pele [0]

b. SIM — Eu percebi que a dor faz com que minha pele mude de cor [5]

3. A sua dor faz com a pele afetada fique sensível ao toque? A ocorrência de sensações desagradáveis e/ou dolorosas ao toque leve ou mesmo ao toque da roupa ao vestir-se descrevem esta sensibilidade anormal.

a. NÃO — Minha dor não faz com que minha pele fique mais sensível nesta área . [0]

b. SIM — Minha pele é mais sensível ao toque nesta área [3]

4. A sua dor inicia de repente, sem nenhuma razão aparente, quando você está parado? Palavras tipo “choques elétricos,” “dor em pontada” ou “dor explosiva” descrevem estas sensações.

a. NÃO — Minha dor não é sentida desta forma [0]

b. SIM — Eu tenho estas sensações com muita frequência [2]

5. A sua dor faz com que a temperatura da sua pele na área dolorida mude? Palavras tipo “calor” e “queimação” descrevem estas sensações.

a. NÃO — Eu não tenho este tipo de sensação [0]

b. SIM — Eu tenho estas sensações com frequência [1]

B. EXAME DA SENSIBILIDADE

A sensibilidade da pele pode ser examinada comparando-se a área dolorida com a área contralateral ou nas áreas adjacentes não-doloridas avaliando a presença de alodinia e alteração do limiar de sensação ao estímulo da agulha (LEA).

6. ALODINIA: Examine a resposta ao toque leve com algodão sobre a área não-dolorida e, a seguir, na área dolorida. Caso sensações normais forem percebidas no lado não-dolorido e, ao contrário, se dor ou sensações desagradáveis (sensação tipo “picada” ou “latejante”) forem percebidas na área afetada, então a alodinia está presente.

a. NÃO — Sensação normal em ambas as áreas [0]

b. SIM — Alodinia somente na área dolorida [5]

7. ALTERAÇÃO DO LIMIAR POR ESTÍMULO DE AGULHA (LEA): Determine o LEA através da comparação da resposta a uma agulha de espessura 23 (cor azul) conectada a uma seringa de 2 mL—sem a parte interna—suavemente colocada nas áreas doloridas da pele e depois nas não-doloridas. Caso uma sensação de agulhada

normal for sentida na área da pele não-dolorida, mas uma sensação diferente for sentida na área dolorida como, por exemplo “nenhuma sensação” ou “somente sensação de toque” (LEA aumentado) ou “dor muito intensa” (LEA diminuído), isso significa que há um LEA alterado. Caso a sensação de agulhada não for percebida em nenhuma área, conecte a parte interna da seringa à agulha para aumentar o peso e repita a manobra.

- a. NÃO — Sensação igual em ambas áreas [0]
- b. SIM — Limiar por estímulo de agulha alterado no lado dolorido [3]

Fonte: (ANTUNES, 2019).

Anexo C: Questionário McGill para avaliação da dor

Escolha, dentre as expressões, as que melhor descrevem sua dor atual. Assinale, no máximo, uma expressão de cada grupo. Não assinale palavras que não se aplicam.

Descritores: sensitivos (1 a 10), afetivos (11 a 15), avaliativos (16), miscelânea (17 a 20)

- | | |
|--|---|
| 1. ☐ 1. vibração | ☐ 4. cólica |
| ☐ 2. tremor | ☐ 5. esmagamento |
| ☐ 3. Pulsante | |
| | 7. ☐ 1. calor |
| 2. ☐ 1. pontada | ☐ 2. queimação |
| ☐ 2. choque | ☐ 3. fervente |
| ☐ 3. tiro | ☐ 4. em brasa |
| ☐ 4. latejante | |
| ☐ 5. como batida | 8. ☐ 1. formigamento |
| ☐ 6. como pancada | ☐ 2. coceira |
| | ☐ 3. ardor |
| 3. ☐ 1. agulhada | ☐ 4. ferroadada |
| ☐ 2. perfurante | |
| ☐ 3. facada | 9. ☐ 1. mal localizada |
| | ☐ 2. dolorida |
| 4. ☐ 1. fina | ☐ 3. machucada |
| ☐ 2. cortante | ☐ 4. doída |
| ☐ 3. estilhaçada | |
| ☐ 4. punhalada | 10. ☐ 1. sensível |
| ☐ 5. em lança | ☐ 2. esticada |
| | ☐ 3. esfolante |
| 5. ☐ 1. beliscão | ☐ 4. rachando |
| ☐ 2. aperto | ☐ 5. pesada |
| ☐ 3. mordida | |
| | 11. ☐ 1. cansativa |
| 6. ☐ 1. fisgada | ☐ 2. exaustiva |
| ☐ 2. puxão | |
| ☐ 3. em torção | 12. ☐ 1. enjoada |

- () 2. sufocante
13. () 1. amedrontadora
() 2. apavorante
() 3. aterrorizante
14. () 1. castigante
() 2. atormenta
() 3. cruel
() 4. maldita
() 5. mortal
15. () 1. miserável
() 2. enlouquecedora
16. () 1. chata
() 2. que incomoda
() 3. desgastante
() 4. forte
() 5. Insuportável
17. () 1. espalha
() 2. irradia
() 3. penetra
() 4. atravessa
18. () 1. aperta
() 2. adormece
() 3. repuxa
() 4. espreme
() 5. rasga
19. () 1. fria
() 2. gelada
() 3. congelante
20. () 1. aborrecida
() 2. dá náusea
() 3. agonizante
() 4. pavorosa
() 5. torturante

Fonte: (ALVES NETO, 2010).

Anexo D: Questionário a ser aplicado para os estudantes do 8º período de medicina

Questionário: Habilidades em anamnese da dor

Seção 1 – Questões

- | | |
|--|---|
| 1. O tema “dor” foi abordado de maneira específica em sua formação regular? | ☐ Não sei |
| ☐ Sim | |
| ☐ Não | |
| 2. Se você respondeu sim na pergunta anterior, quais desses aspectos foi abordado? | 5. Foi informado sobre a escala para a avaliação da dor em crianças? |
| ☐ Fisiologia | ☐ Sim |
| ☐ Técnicas de avaliação da dor | ☐ Não |
| ☐ Farmacologia | ☐ Não sei |
| ☐ Psicoterapia | |
| ☐ Terapêutica não farmacológica | 6. Foi informado sobre a escala para a avaliação da dor em adultos? |
| ☐ Classificação da dor | ☐ Sim |
| ☐ Epidemiologia da dor | ☐ Não |
| ☐ Repercussões psicossociais da dor | ☐ Não sei |
| 3. Já participou de algum curso sobre dor? | |
| ☐ Sim | 7. Disciplinas que apresentaram instrumentos para a avaliação da dor: |
| ☐ Não | ☐ Semiologia – Habilidades e Atitudes Médicas |
| | ☐ Fisiologia e Fisiopatologia – Sistemas Orgânicos Integrados |
| | ☐ Clínica cirúrgica |
| 4. Você acha que a dor pode ser considerada como um sinal vital, tal qual pressão arterial, frequência respiratória, frequência cardíaca, temperatura? | ☐ Saúde da Família – Integração Ensino-Serviço-Comunidade |
| ☐ Sim | |
| ☐ Não | 8. Durante seu estágio na UBS ou ambulatório, foi observada a escala de avaliação da dor no prontuário? |

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

9. Foi estimulado pelos professores a utilizar as escalas de avaliação da dor em crianças ou adultos?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

10. Em qual disciplina foi estimulado a utilizar as escalas de avaliação da dor em crianças ou adultos?

- ☐ Semiologia – Habilidades e Atitudes Médicas
- ☐ Fisiologia e Fisiopatologia – Sistemas Orgânicos Integrados
- ☐ Clínica cirúrgica
- ☐ Saúde da Família – Integração Ensino-Serviço-Comunidade

11. Você já utilizou alguma escala para a avaliação da dor?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

12. Sente-se apto para realizara avaliação da dor de maneira segura em crianças?

- ☐ Sim
- ☐ Não

13. Sente-se apto para realizara avaliação da dor de maneira segura em adultos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Seção 2 – Aspectos gerais da dor

14. A intensidade da dor está diretamente relacionada com o grau de lesão do tecido.

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei

15. O doente que depois de tomar um placebo afirma que a dor melhorou, não tinha realmente dor.

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei

16. A origem da dor pode ser psicológica ou emocional.

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei

17. Se a dor for suportável, é melhor não medicar e investigar a causa.

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei

18. É preciso curar a enfermidade e não a dor.

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei

19. Existem casos em que a dor é a própria doença e não um sintoma secundário.

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei

20. A dor pode ocorrer em um local mesmo sem lesão aparente.

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei

21. A dor deve ser avaliada sistematicamente.

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei

22. A cultura influencia na expressão da dor.

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei

23. O paciente é a maior autoridade para informar sobre sua dor.

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei

24. Embora o limiar de percepção à dor seja semelhante entre os indivíduos, a tolerância à dor varia muito.

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei

25. De uma maneira geral, o paciente com dor é assistido com eficácia.

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei

26. A dor pode ser tratada mesmo antes de se conhecer a sua causa.

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei

Fonte: (SEREZA; DELLAROZA, 2003; SANTOS *et al*, 2019), adaptado.

APÊNDICES

Apêndice 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E)



FAPAC – Faculdade Presidente Antônio Carlos.
INSTITUTO TOCANTINENSE PRES. ANTÔNIO CARLOS PORTO S/A



Rua 02, Qd. 07 – Jardim dos Ypês – Porto Nacional – CEP 77.500-000
CX Postal 124 - Fone: (63) 3363-9600 – CNPJ: 10.261.569/0001 – 64



www.itpacporto.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E)

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) do projeto de pesquisa “HABILIDADE DOS ESTUDANTES DE MEDICINA DO ITPAC PORTO DO OITAVO PERÍODO NO CONTEXTO DE UTILIZAÇÃO DO SINTOMA DOR NA ANAMNESE” Para isso receberá dos acadêmicos Clara Danaga Bueno, Marlla Benvinda de Nazaré Guilherme Rodrigues e Thaynan Larissa Medeiros do Nascimento e do orientador Prof. Esp. Raimundo Célio Pedreira, responsáveis por sua execução, as seguintes informações, a fim de entender, sem dificuldade e sem dúvidas, os seguintes aspectos:

Este projeto de pesquisa tem como objetivo de investigar o conhecimento dos estudantes de medicina do 8º período do ITPAC Porto Nacional sobre a utilização de ferramentas e escalas para avaliação da dor por meio da anamnese.

Esse estudo se baseia na à indispensabilidade de compreensão da dor do paciente, aperfeiçoando a conexão e empatia na relação médico-paciente, qualificando o atendimento e direcionando à um diagnóstico apropriado, além de proporcionar, ao fim da conduta, uma melhor qualidade de vida para o enfermo.

Ao final deste estudo espera-se ter uma melhor compreensão acerca do conhecimento dos estudantes de medicina do 8º período do ITPAC Porto Nacional acerca da utilização da sintomatologia da dor durante a anamnese para se chegar à um diagnóstico preciso.

Esse estudo começará em agosto de 2021 e terminará em dezembro de 2021. Esclarecemos que essa pesquisa oferecerá riscos desconforto, constrangimento, cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário, todavia se o (a) senhor (a) se sentir constrangido, não será obrigado (a) a continuar na pesquisa. Objetivando minimizar e reduzir esses impactos, o questionário será realizado de forma individual

em um espaço reservado e lhe será assegurado o sigilo das informações, utilizando-as apenas para fins acadêmicos científicos. Por outro lado, a pesquisa trará benefícios como aprofundamento do conhecimento sobre o assunto abordado e utilização do resultado para uma autoavaliação do conhecimento sobre o tema.

Não há a solicitação de sua identificação a fim de não oferecer riscos de vazamento de dados identitários. A presente pesquisa atende à legislação brasileira (Resolução CNS N. 466/2012), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

O Sr. (a) poderá imprimir este formulário, estando assinalado que concorda participar e respondido o questionário. Ao finalizar o envio do formulário pelo *Google Forms*, uma cópia respondida será automaticamente enviada ao seu e-mail informado. O formulário está disponível por meio do link: <https://forms.gle/kkDwzHnJbAEvLyhd6>

Em casos de dúvidas ou reclamações a respeito da pesquisa, bem como do texto original desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato a qualquer momento com os pesquisadores através dos contatos (63) 98403-5828 (Professor Orientador – Raimundo Celio Pedreira) ou (63) 99217-6942 e-mail: clara15bueno@gmail.com (Acadêmica Pesquisadora – Clara Danaga Bueno) ou (63) 98406-8348 e-mail: marllaenfermeira@gmail.com (Acadêmica Pesquisadora – Marlla Benvinda de Nazaré Guilherme Rodrigues) e do (87) 9922-4331 e-mail: thaynanlarissa19@gmail.com (Acadêmica Pesquisadora – Thaynan Larissa Medeiros do Nascimento). Também poderá entrar em contato com o CEP – Comitê de Ética e Pesquisa localizado no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto Ltda – ITPAC PORTO, na Rua 02, Quadra 07, s/n., Bairro Jardim dos Ipês, Porto Nacional – TO, CEP: 77500-00 pelo 32 telefone: (63) 3363 – 9674, ou ainda pessoalmente de segunda a sexta-feira no período das 12 às 18 horas, e-mail: cep@itpacporto.com.br.

APÊNDICE 2 – TERMO DE COMPROMISSO SOBRE O INÍCIO DA PESQUISA



FAPAC – Faculdade Presidente Antônio Carlos.
INSTITUTO TOCANTINENSE PRES. ANTÔNIO CARLOS PORTO S/A
Rua 02, Qd. 07 – Jardim dos Ypês – Porto Nacional – CEP 77.500-000
CX Postal 124 - Fone: (63) 3363-9600 – CNPJ: 10.261.569/0001 – 64



www.itpacporto.edu.br

TERMO DE COMPROMISSO SOBRE O INÍCIO DA PESQUISA – DECLARAÇÃO ORIENTADOR

PROJETO: HABILIDADE DOS ESTUDANTES DE MEDICINA DO ITPAC PORTO DO OITAVO PERÍODO NO CONTEXTO DE UTILIZAÇÃO DO SINTOMA DOR NA ANAMNESE.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof. Esp. Raimundo Célio Pedreira

PESQUISADORA PARTICIPANTE: Clara Danaga Bueno, Marlla Benvinda de Nazaré Guilherme Rodrigues e Thaynan Larissa Medeiros do Nascimento.

Eu, Professor (a) **Esp. Raimundo Célio Pedreira**, pesquisador (a) responsável pela pesquisa acima identificada, com a anuência da IES FAPAC/ITPAC Porto declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, e em suas complementares (Resoluções CNS/MS 240/97, 251/97, 292/99, 340/2004 e 510/2016 e assumo, neste termo o compromisso de:

- 1) Somente iniciar a pesquisa após sua aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAPAC/ITPAC Porto e, nos casos assim previstos em lei (Resolução CNS/MS 196/96, VIII, 4 e CNS/MS 340/04, item VI), na Comissão Nacional Ética em Pesquisa – CONEP;
- 2) Caso a pesquisa seja interrompida, informar tal fato ao Comitê de Ética e Pesquisa, de forma justificada;
- 3) Na ocorrência de evento adverso grave comunicar imediatamente ao CEP, bem como prestar todas as informações que me foram solicitadas;
- 4) Utilizar os dados e/ou informações coletadas assegurando a confidencialidade e a privacidade dos mesmos.
- 5) Destinar os dados e/ou informações coletadas somente para o projeto ao qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso deverá ser objeto de um novo projeto de pesquisa que deverá ser submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa;
- 6) Apresentar relatório final, sobre o desenvolvimento da pesquisa ao CEP.

_____, _____ de _____ de _____.

Prof. Esp. Raimundo Célio Pedreira

Pesquisador Responsável

APÊNDICE 3 – TERMO DE COMPROMISSO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE



FAPAC – Faculdade Presidente Antônio Carlos.
INSTITUTO TOCANTINENSE PRES. ANTÔNIO CARLOS PORTO S/A



Rua 02, Qd. 07 – Jardim dos Ypês – Porto Nacional – CEP 77.500-000
CX Postal 124 - Fone: (63) 3363-9600 – CNPJ: 10.261.569/0001 – 64



www.itpacporto.edu.br

TERMO DE COMPROMISSO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

PROJETO: HABILIDADE DOS ESTUDANTES DE MEDICINA DO ITPAC PORTO DO OITAVO PERÍODO NO CONTEXTO DE UTILIZAÇÃO DO SINTOMA DOR NA ANAMNESE.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof. Esp. Raimundo Célio Pedreira.

A FAPAC/ITPAC PORTO declara que está de acordo com a execução do projeto “HABILIDADE DOS ESTUDANTES DE MEDICINA DO ITPAC PORTO DO OITAVO PERÍODO NO CONTEXTO DE UTILIZAÇÃO DO SINTOMA DOR NA ANAMNESE” coordenado pelo pesquisador **Esp. Raimundo Célio Pedreira**, desenvolvido em conjunto com os acadêmicos **Clara Danaga Bueno, Marlla Benvinda de Nazaré Guilherme Rodrigues e Thaynan Larissa Medeiros do Nascimento** e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta instituição durante a realização da mesma.

Declaramos conhecer e cumprir as resoluções éticas brasileiras, em especial a Resolução 466/20102 do Conselho Nacional de Saúde. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Porto Nacional, de Dezembro de 2020.

Assinatura do Responsável pela IES

Carimbo

APÊNDICE 4 – TERMO DE ANUÊNCIA



FAPAC – Faculdade Presidente Antônio Carlos.
INSTITUTO TOCANTINENSE PRES. ANTÔNIO CARLOS PORTO S/A
Rua 02, Qd. 07 – Jardim dos Ypês – Porto Nacional – CEP 77.500-000
CX Postal 124 - Fone: (63) 3363-9600 – CNPJ: 10.261.569/0001 – 64



www.itpacporto.edu.br

TERMO DE ANUÊNCIA

A Faculdade Presidente Antônio Carlos ITPAC PORTO, está de acordo com a execução do Projeto de Pesquisa intitulado pesquisa **"HABILIDADE DOS ESTUDANTES DE MEDICINA DO ITPAC PORTO DO OITAVO PERÍODO NO CONTEXTO DE UTILIZAÇÃO DO SINTOMA DOR NA ANAMNESE"** coordenado pelo pesquisador Prof^o. Esp. Raimundo Célio Pedreira, desenvolvido em conjunto com os (as) acadêmicos (as) Clara Danaga Bueno, Marlla Benvinda De Nazaré Guilherme Pereira Rodrigues e Thaynan Larissa Medeiros Do Nascimento, da FAPAC/ITPAC Porto, com os objetivos de investigar o conhecimento dos estudantes de medicina do 8º período do ITPAC Porto Nacional sobre a utilização de ferramentas e escalas para avaliação da dor por meio da anamnese. Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/12 do CNS. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo da infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Porto Nacional, 16 de novembro de 2020.

Larissa Jéssica Barros Silvestre
Coordenação de Pós-Graduação, Pesquisa

Larissa Jéssica Barros Silvestre
Coord. de Pós-Graduação,
Pesquisa e Extensão
COPPEX/ITPAC PORTO

